POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEBATE:

um olhar para a saúde

ORGANIZADORES:
William Caracas Moreira
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Viviane Cordeiro de Queiroz
Dilyane Januário Cabral

Ano 2023

POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEBATE:

um olhar para a saúde

ORGANIZADORES:
William Caracas Moreira
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Viviane Cordeiro de Queiroz
Dilyane Januário Cabral

Ano 2023

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Políticas públicas em debate: um olhar para a saúde

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: William Caracas Moreira
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Viviane Cordeiro de Queiroz
Dilyane Januário Cabral

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas públicas em debate: um olhar para a saúde / William Caracas Moreira, Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro, Viviane Cordeiro de Queiroz, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Outra organizadora
Dilyane Januário Cabral

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1465-0
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.650232305

1. Política pública. 2. Saúde. I. Moreira, William Caracas (Organizador). II. Delmiro, Andrezza Rayana da Costa Alves (Organizadora). III. Queiroz, Viviane Cordeiro de (Organizadora). IV. Título.

CDD 338.5

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

O *E-book* "Políticas Públicas em Debate: um olhar para a saúde", consiste em uma coletânea de sete capítulos com resenhas crítico-reflexivas, produzidos por acadêmicos, estudiosos, docentes e pesquisadores de diversas instituições de ensino do Brasil. Portanto, essa compilação possui a finalidade de favorecer a visibilidade das demandas nas políticas públicas em saúde, especialmente no campo das seguintes áreas: Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); pediatria; obstetrícia; e Segurança do Paciente.

Nesse contexto, a coletânea pretende trazer à tona diversos diálogos e reflexões a partir de obras midiáticas, músicas, documentários e filmes, baseados na literatura científica. Os textos refletem o caráter plural e multidisciplinar desta temática, trazendo ao leitor não só o panorama atual das políticas públicas de saúde, mas como toda a sua historicidade, assim como aspectos biopsicossociais.

A obra foi dividida em sete capítulos, sendo que os três primeiros capítulos surgiram de atividades propostas a partir da Disciplina Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), ministrada no segundo semestre de 2021.

O primeiro capítulo trata-se de um compilado de resenhas individuais, que a partir de uma atividade proposta no âmbito da disciplina, houve a oportunidade de unificar todos os escritos em uma única resenha após debate entre os autores. O segundo capítulo segue a mesma abordagem, porém trazendo as reflexões do documentário e entrelaçando com composições musicais. E o terceiro também é uma produção a partir da disciplina que debate o mesmo documentário do segundo capítulo, contudo, dando ênfase às contribuições da literatura científica.

O quarto capítulo, é uma produção de integrantes do Núcleo de Estudos em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade (NEHAS), vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O NEHAS desenvolve estudos pautados em diferentes abordagens metodológicas, na perspectiva de investigar os contextos que vulnerabilizam diferentes segmentos (jovens, idosos e mulheres) ao HIV/Aids.

O capítulo cinco é uma colaboração entre membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPSCA) e o Grupo de Estudo e Pesquisa Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), liderado pela Profa. Dra. Kenya Lima Silva, vinculados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em parceria com o Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), na linha de Saúde da Criança e do Adolescente, vinculado à Universidade Federal do Piauí (UFPI).

O capítulo seis consiste na resenha crítica que dá ênfase à segurança do paciente. Construída por discentes e colaboradores da Liga Acadêmica de Enfermagem Clínico-Cirúrgica (LAECC), vinculada a Universidade Federal do Piauí (UFPI), do campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB). Em 2016, foi fundada como projeto de

extensão pelo professor Francisco Gilberto Fernandes Pereira, e no ano de 2019, sob a presidência do então acadêmico William Caracas Moreira, categorizou-se como Liga Acadêmica, vinculada ao curso de Enfermagem e a disciplina de Enfermagem nas Cirurgias e Emergências desta Universidade.

O último capítulo corresponde à uma resenha crítica que envolve a atenção à saúde da mulher e foi elaborada por integrantes do Núcleo de Estudo e Pesquisa em saúde sexual e reprodutiva (NEPPSS) e da Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (LAEGO), vinculados à Universidade Federal do Ceará, coordenados pela Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

Agradecemos a dedicação de todos os autores no processo de construção desta obra.

Desejamos uma ótima leitura!

William Caracas Moreira

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro

Viviane Cordeiro de Queiroz

Dilyane Januário Cabral

SUMÁRIO

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323051

ISBN: 978-65-258-1465-0

O serviço nacional de Saúde de diversos países do mundo:
uma resenha crítico-reflexiva

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
William Caracas Moreira
Viviane Cordeiro de Queiroz
Barbara Maria Lopes da Silva Brandão
Dilyane Cabral Januário
Jacqueline Barbosa da Silva
Felícia Augusta de Lima Vila Nova
José Nildo Barros Silva Junior
Ana Cristina de Oliveira e Silva
Simone Helena dos Santos Oliveira
Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Maria Eliane Moreira Freire

Assista ao documentário "Sicko - SOS Saúde"

Ano 2023

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DE DIVERSOS PAÍSES DO MUNDO: UMA RESENHA CRÍTICO-REFLEXIVA

Data de aceite: 16/04/2023

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-4818-4286; http://lattes.cnpq.br/6676777021205262.

William Caracas Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445; http://lattes.cnpq.br/6189180127237713.

Viviane Cordeiro de Queiroz
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2037-921X; https://lattes.cnpq.br/7705025336495099.

Barbara Maria Lopes da Silva Brandão
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-6652-9615; https://lattes.cnpq.br/8308393571659667.

Dilyane Cabral Januário
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2319-3015; https://lattes.cnpq.br/1157042935343627.

Jacqueline Barbosa da Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-1013-6660; http://lattes.cnpq.br/5860836101223456.

Felícia Augusta de Lima Vila Nova
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-6227-9524; http://lattes.cnpq.br/8795766463871287.

José Nildo Barros Silva Junior
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-9958-8462; https://lattes.cnpq.br/3732022952483840.

Ana Cristina de Oliveira e Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-8605-5229; http://lattes.cnpq.br/2636448157614016.

Simone Helena dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-9556-1403; http://lattes.cnpq.br/9917899598089580

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3342-8746; http://lattes.cnpq.br/0327313009201397.

Maria Eliane Moreira Freire
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-0305-4843; http://lattes.cnpq.br/4618837868185188.

Sicko - SOS Saúde é um documentário desenvolvido pelo norte-americano Michael Moore, com duração de 113 minutos, e é uma crítica ao sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), evidenciando as fragilidades do acesso à saúde desses cidadãos e faz um paralelo entre o sistema de saúde norte-americano com o de outros países com o mesmo desenvolvimento econômico, tais como França e Canadá. Ainda, evidencia os opostos entre o sistema capitalista dos países anteriormente citados ao de um país comunista: Cuba.

Atualmente o documentário está disponível gratuitamente pelo youtube (1,1 milhões de acessos até março de 2023) e pela plataforma de *Streaming Primevídeo* em alguns países. Ainda, corroborando com a discussão, será apresentado os principais aspectos presentes no capítulo "Sistemas de Saúde da Alemanha, do Canadá e dos EUA: uma visão comparada", escrito por Noronha, Giovanella e Connil, o qual aborda como são os sistemas de saúde em países desenvolvidos.

O documentário revela a saúde sob o olhar do mundo capitalista e como consequência do capital quando expõe a realidade norte-americana. Para Moore, o que fere os direitos dos cidadãos é quando se torna possível compreender e comparar o modelo de saúde dos Estados Unidos com o modelo de países como Canadá, França, Inglaterra, Cuba – uma pequena ilha, que foi tão maltratada pela especulação capitalista e mesmo assim, resistiu e encontrou resolutividade para as questões e um modelo de saúde. Nesse momento surge a reflexão: "não precisa ser grande para ser mais".

Inicialmente, o documentário faz alusão ao dia-a-dia de americanos quanto às dificuldades com planos de saúde, permitindo a reflexão de várias situações, mais especificamente de uma média de 250 milhões de pessoas que não possuem plano de saúde e de pessoas que possuem seguro de saúde, mas perpassam; entretanto, por diversas adversidades para conseguir uma assistência médica de qualidade.

Evidencia-se que não há um sistema de saúde universal e gratuito nos EUA, uma das potências econômicas mundiais, sendo este o único país rico a não dispor de um sistema universal de proteção e cuidados à saúde. A atenção à saúde é gerida pelo governo e o setor privado, no qual o governo possui o Medicaid que é um programa que pode financiar cerca de 50% a 70% dos recursos, apresentando participação menor de estados mais ricos e maior contribuição de estados mais pobres, devendo pertencer a um dos grupos elegíveis como prioritários; também há um seguro social gerido pelo governo denominado como *Mediacre*, destinado a cidadãos americanos com mais de 65 anos, dentre outros características para obtenção da assistência.

Assim, é possível observar um sistema de saúde que possui diversos pontos de estrangulamentos para a população mais pobre, aumentando a disparidade social, fazendo com que essa população percorra por dívidas para obterem assistência à saúde, mediada por um sistema que visa apenas o lucro, e não o bem comum de sua

população fazendo com que as pessoas que vivam nos EUA procurem outras alternativas para serem assistidas, como é enfatizada no documentário, retratando a partida de pessoas ao Canadá cujo sistema de saúde possui bastante distinção.

O Canadá, diferente dos EUA, possui sistema de saúde como um seguro social compartilhado entre o governo federal e as províncias. Cada província e território possui autonomia para estabelecer as prioridades, gerir os serviços, tendo por base os grandes princípios da Lei Federal que são a universalização, gestão pública, integralidade ou caráter completo da assistência e portabilidade, composto por dez sistemas de saúde provinciais e três territoriais.

O documentário revela que o governo norte-americano, ao não optar pelo referido "*Welfare state"*, ou seja o estado de bem-estar social fundado nos direitos sociais universais dos cidadão, estabeleceram um "Estado mínimo" o qual não permite ao menos favorecidos cobrirem os próprios custos da saúde devido à vulnerabilidade social e por dependerem de uma indústria de serviços de saúde sem regulação.

A população passa a depender da aquisição de planos de saúde para ter acesso à assistência à saúde, sendo este um caminho para um comércio para os planos e o governo. Ou seja, a saúde não é um direito garantido, não há foco em preservação da vida: o sistema funciona, sob a crítica de Moore, movido pelo dinheiro e grandes empresas, permitindo que pessoas em vulnerabilidade social vivenciam situações subumanas, sem terem a chance de buscar tratamento médico se não puderem pagar por ele. E, para isso, muitos precisam vender seus bens (quando possuem) para arcar com os gastos dos tratamentos de saúde.

Ainda, o cineasta revela durante o documentário, relatos comoventes de norte americanos que, mesmo com seguro de saúde, não conseguem ser atendidos, receber os medicamentos ou tratamentos necessários, pois as seguradoras "não cobrem" o que é necessário, tornando evidente os privilégios das empresas e das indústrias em detrimento a saúde da população.

Os norte-americanos, quando adoecem e não têm seguro de saúde ou recursos financeiros, passam por dificuldades e constrangimentos. A ausência de hospitais públicos para a assistência aos seus cidadãos, fragiliza a saúde e a coloca em um lugar de mercado, já que quem controla o sistema não é o poder público, mas empresas privadas que invalidam as necessidades de seus pacientes, os deixando à disposição da própria sorte.

Trata-se de uma relação contraditória e ao mesmo tempo destinada apenas ao capitalismo, pois o interesse das seguradoras está em garantir a adesão dos cidadãos, mas em casos de procedimentos complexos, estes podem ocasionar ônus ao sistema financeiro desses seguros. É o país que mais gasta com saúde.

Alguns órgãos como a *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a *Agency for Toxic Substances and Disease Registry* (ATSDR) e a *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) foram mencionados como complementares às ações de saúde nos Estados Unidos. Dessa forma, é possível correlacionar esses órgãos com a Vigilância Sanitária, a qual traduz todas essas ações e outras, dentro do componente da Vigilância em Saúde, articulando-se com a epidemiologia, saúde ambiental e saúde do trabalhador dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Ainda sobre o modelo de saúde americano, observa-se o predomínio da medicina biologicista e curativista. Mesmo com a existência do *Medicare* e *Medicaid*, seguros destinados à população acima de 65 anos e pessoas pobres (ainda com grupos elegíveis), respectivamente, percebe-se que a saúde é excludente e provavelmente isto é justificado pela bipolaridade política entre republicanos e democratas, julgamentos sensíveis sobre a medicina socializante, hegemonia dos planos privados e o posicionamento da população contra um sistema público de saúde.

Alguns depoimentos vistos no documentário corroboram esse pensamento e são sensíveis ao mostrar as dificuldades financeiras, sociais e emocionais de indivíduos que dependem dos planos de saúde para realizar determinados procedimentos, ou que perderam seus familiares por não ter conseguido acesso ao sistema de saúde. Nessas situações, o aspecto financeiro é o que mais se destaca, o que traduz um raciocínio de que o indivíduo só vive na sociedade mediante o pagamento de serviços.

Mais da metade da população americana não tem condições de custear um plano de saúde e distancia-se do interesse desta em adquirir a universalidade de cobertura dos serviços de saúde, tornando-se um direito utópico para este segmento desfavorecido, além de expandir as desigualdades e iniquidades presentes também no cenário nacional, em que o ingresso do setor privado na saúde pública brasileira acentua a proposta de suprimir todas as conquistas e lutas garantidas até o presente momento.

O capítulo do livro também remete ao sistema de saúde da Alemanha, o qual a proteção social à saúde é organizada segundo o modelo de seguro social de filiação compulsória, financiado por trabalhadores e empregadores mediante taxas de contribuições sociais proporcionais aos salários, de forma a incluir o sistema educacional. O sistema de seguro social da Alemanha, desde o final do século XIX, serve de exemplo para implementação de proteção social de trabalhadores em diversos países, assim como o Brasil com os institutos de aposentadorias e pensões criados no mandato de Getúlio Vargas. O processo de tomada de decisão é dividido entre governo federal, estados e outras organizações, possuindo divisão institucional nos setores de assistências bem definidos entre o financiamento e o cuidado prestado dos serviços de saúde.

Quando a discussão sobre os sistemas de saúde se expande para outros países, é possível distinguir os sistemas nos quais a gratuidade é garantida e há oferta e realização de tratamento financiados pelo Estado, como no Reino Unido, os sistemas de seguro-doença que ofertam assistência de forma pública e privada com custos mútuos (Alemanha e França) ou os privados (EUA). Ao comparar o sistema norte-americano a outros países constata-se que:

1. O Canadá possui um sistema de saúde, patrocinado pelo Governo, o qual permite que o indivíduo seja atendido de forma universal, equitativa e com qualidade. Diante o atual cenário financeiro mundial, os custos têm aumentado, mas, mesmo assim, a população mantém-se satisfeita e apoiando o sistema.
2. Na Alemanha o sistema também é universal e divide-se em dois tipos: seguro privado e fundos para a saúde (semelhante a um sistema público) e concentra-se em ações curativas, individuais. Os seguros desemprego, previdenciário, saúde e assistência a longo prazo são obrigatórios para a população.

3. O Reino Unido possui um sistema público de saúde, Na França, há assistência tanto pública quanto privada, com parte dos custos pagos pelo Governo e é oferecido assistência domiciliar às famílias;

Fazendo uma reflexão com a realidade do Brasil, observa-se semelhanças com o sistema inglês, principalmente no acesso à saúde pública de forma gratuita. Na Inglaterra, todos os custos de saúde são cobertos pelo governo e oriundos da cobrança de impostos. Ademais, ambos surgiram em meio a uma crise: o primeiro durante o processo de redemocratização frente à ditadura militar, e o último após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, as divergências são apontadas no tocante ao controle do governo sobre a população e o percentual de cobertura dos serviços de saúde da Inglaterra em comparação com o Brasil.

No que se refere à França, os seguros de saúde são geridos pelo governo e os custos para a saúde dependem da renda dos cidadãos. Também é visto um sistema público não só de saúde, mas também de educação, ambos baseados no princípio de solidariedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é considerado o melhor do mundo de acordo com critérios pré-estabelecidos, dentre eles: nível de saúde, velocidade no atendimento e equilíbrio no orçamento.

Entretanto, os franceses pagam obrigatoriamente o seguro saúde e cabe ao governo a cobertura média de 80% dos custos e, a depender da gravidade dos casos, a cobertura pode atingir 100%. O conceito de fundo de saúde sem fins lucrativos também existe por lá, mas ao contrário da Alemanha, são geridos pelo governo e as contribuições são obrigatórias, ou seja, a contribuição de cada cidadão é de acordo com a sua renda.

Com relação ao sistema de saúde alemão, o seguro saúde é obrigatório para todos, caracterizado pelo financeiro de seguro social de doença, o qual é mediado pela contribuição compulsória e paritária de empregados e empregadores. Contudo, nota-se que os gastos com a saúde ainda se concentram em ações curativas, individuais, hospitalares e ambulatoriais. Não é à toa que os custos com hospitais e indústrias farmacêuticas demonstraram acréscimos.

Nesse ponto, faz-se uma crítica quanto à modelagem de atenção à saúde, mencionado como um desafio, pois em um país tão desenvolvido, com amplitude de cobertura populacional, cesta de serviços e financiamento público eficaz, as ações são produzidas com foco na doença, sem articulações com outros setores e profissionais, como nas propostas nacionais de intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Quanto ao Canadá, uma grande referência para cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS), o sistema de saúde é proveniente do seguro nacional de saúde de fontes fiscais, como o imposto de renda e vendas. Os hospitais e médicos são privados, todavia, são pagos pelo governo federal para garantir acesso universal à população. Sobre a organização da saúde, verifica-se uma parceria entre o governo federal e as províncias canadenses, sendo estas possuidoras de grande autonomia para o gerenciamento dos recursos e assistência à população.

Assim, admite-se uma descentralização das ações, consoante às propostas estabelecidas na implantação do SUS e reafirmadas na Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, divergindo apenas na responsabilidade para os municípios, haja vista que não há províncias no Brasil.

Ainda no que tange o sistema de saúde canadense, foi observado que existem 10 sistemas de saúde provinciais e três territoriais, e a maior parte dos hospitais são entidades sem fins lucrativos administrados por órgãos comunitários ou religiosos, ou autoridades provinciais, o que remete à associação com o sistema complementar vinculado ao SUS.

Com relação ao sistema de saúde cubano, este apresenta fortes influências do comunismo e é referência mundial nos serviços públicos e gratuitos, a exemplo da APS. O Sistema Nacional de Saúde Cubano (SNS) regula, financia e presta serviços de saúde, sua base conceitual está disposta na lei 41 na legislação cubana de saúde pública.

REFERÊNCIAS

GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. D. A. S. Estudo aplicado do sistema de saúde na europa. **Revista Científica Intraciência**, v. 19, p. 1-8, 2020.

LIMA, N. T. *et al*. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

NORONHA, J. C.; GIOVANELLA, L.; CONILL., E. M. Sistemas de Saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: uma visão comparada. In.: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva. Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PINTO, R. M. F.; GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Revista Científica Intraciência**, v. 19, p. 1-9, 2020.

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323052

ISBN: 978-65-258-1465-0

Reflexões críticas de documentário sobre a história da Saúde Pública do Brasil:

entrelaçamento musical

William Caracas Moreira
Dilyane Cabral Januário
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Viviane Cordeiro de Queiroz
Juliana Kelly Batista da Silva
Luciana Maria Bernardo Nóbrega
Leidyanny Barbosa de Medeiros
Simone Helena dos Santos Oliveira
Sandra Aparecida de Almeida
Kenya de Lima Silva
Jordana de Almeida Nogueira
Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal

Assista ao documentário "História da saúde pública no Brasil"

Ano 2023

CAPÍTULO 2

REFLEXÕES CRÍTICAS DE DOCUMENTÁRIO SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL: ENTRELAÇAMENTO MUSICAL

Data de aceite: 16/04/2023

William Caracas Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445; http://lattes.cnpq.br/6189180127237713.

Dilyane Cabral Januário
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2319-3015; https://lattes.cnpq.br/1157042935343627.

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-4818-4286; http://lattes.cnpq.br/6676777021205262.

Viviane Cordeiro de Queiroz
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2037-921X; https://lattes.cnpq.br/7705025336495099.

Juliana Kelly Batista da Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-5872-2829; http://lattes.cnpq.br/6933753436392812.

Luciana Maria Bernardo Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-1930-9764; Lattes: http://lattes.cnpq.br/8891017641960136.

Leidyanny Barbosa de Medeiros
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/ 0000-0003-3973-6085; http://lattes.cnpq.br/2441699691240863.

Simone Helena dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-9556-1403; http://lattes.cnpq.br/9917899598089580.

Sandra Aparecida de Almeida
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2183-6769; http://lattes.cnpq.br/6689781886879777.

Kenya de Lima Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7955-2531; http://lattes.cnpq.br/4011454387093577.

Jordana de Almeida Nogueira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2673-0285; http://lattes.cnpq.br/8338527087554463.

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3342-8746; http://lattes.cnpq.br/0327313009201397.

O presente trabalho busca promover uma reflexão sobre um documentário disponível em vídeo intitulado “História da saúde pública no Brasil”, produzido em parceria entre o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Fundação Euclides da Cunha. Esse documentário, encontra-se disponível de forma gratuita na plataforma *YouTube* desde 24 de setembro de 2016 através do canal público de Heider Pinto. O vídeo contabiliza 1.189.311 visualizações (até 05 de abril de 2023), possui duração de 1 hora, 2 minutos e 39 segundos, e relata em ordem cronológica os principais acontecimentos na história das políticas públicas do Brasil. Portanto, serão abordados os principais pontos trazidos pelo documentário e articulado com músicas atemporais.

A princípio, o documentário recorda das epidemias de doenças infectocontagiosas que se mantiveram presentes desde a época da colonização com números de casos preocupantes durante o século XX, entre estas, inclui-se a febre-amarela, sífilis, malária, cólera e varíola. Além disso, retratou a precariedade sanitária da época. Nesse contexto, a assistência médica e/ou de saúde era ofertada aos mais ricos, donos de posses e altos cargos, enquanto os pobres, incluindo a classe trabalhadora, eram assistidos pelas casas de caridade. Até esse momento a saúde pública era inexistente e/ou caótica do ponto de vista operacional e implementar.

Desde a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil (1808) e com a criação das primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras, um século depois (século XX), a população ainda enfrentava as doenças pestilentas, e as ações de saúde permaneciam direcionadas aos mais ricos, até mesmo pela escassez de profissionais médicos. Entretanto, com a necessidade de tratar a mão de obra trabalhadora que configurava a classe desfavorecida na época, mas que produzia para fortalecer a economia dos ricos, foi adotado uma assistência de saúde arbitrária na tentativa de evitar um maior número de contaminação na classe trabalhadora. Assim, adotou-se o isolamento social completo como tratamento a esses doentes. Esse tipo de tratamento ficou bastante conhecido no contexto histórico, por tratar especialmente dos “leprosos”, isto é, aqueles acometidos pela doença atualmente denominada de hanseníase.

Dentre as doenças infectocontagiosas que assolaram o Brasil, em 1904 chama-se atenção o crescimento no número de casos de varíola, assim, em tempos, viu-se a necessidade de decretar a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. Essa ação retratou o início do que viria a ser um dos maiores programas de imunização do mundo, o atual Programa Nacional de Imunização (PNI). Mas, a população da época não aceitou a designação e passou a recusar a vacina e a promover

protestos contra esta ação, esses atos ficaram cravados na história como a revolta da vacina. Essas revoltas foram expressas em música pelo artista Mário Pinheiro em sua música, intitulada como “vacina obrigatória”, especialmente ao que concerne ao seguinte trecho: “E os doutores da ciência vão deitando logo a mão, sem saber se o sujeito quer levar o ferro ou não. Seja moça, ou seja, velho, ou mulatinha que tem viço! Homem sério, tudo, tudo leva ferro que é servido”. Contudo, após confrontos, os revoltosos anti-vacinas foram derrotados e a população vacinada.

Além disso, era necessário combater as doenças infectocontagiosas e que as estruturas sanitárias possuíam ligação com o número de adoecimentos e isso impactava diretamente na economia do país, especialmente no “bolso” dos mais ricos, promoveu-se obras de implementação do saneamento básico, especialmente nos portos marítimos, como o de Santos, em São Paulo. Portanto, considerou-se em se promover a saúde pública de forma indireta através do mínimo de saneamento para diminuir a crise de saúde do país e diminuir os prejuízos econômicos.

Ao aprofundar nos problemas epidemiológicos e sanitários do passado do país, em um certo momento do documentário, o garoto jornaleiro declara: “A Gripe Espanhola mata milhares de pessoas no Brasil”. Isto se deve a repercussão da doença em diversos países do mundo, até a chegada ao Brasil, país despreparado para atuar no combate à doença. Tal morbidade resultou em muitas vítimas, atingindo desde São Paulo e Rio de Janeiro, até cidades do interior do país. Nesse momento, faz-se necessário ressaltar que a sociedade da época assistiu às mortes sendo incapazes de intervir, pois, o país carecia de políticas públicas e de estruturas que atendessem a população de uma forma geral. E, como o governo brasileiro foi omisso diante da situação, restou a apelação para a fé, pois na época, os indivíduos consideraram a situação caótica como um castigo divino.

Ao associar as condições de trabalho, de vida com a saúde ofertada ao povo do país, vê-se que no Brasil, ao decorrer da história, o trabalho, a classe social pertencente e a posição de poder sempre estiveram relacionadas com o acesso à assistência médica e aos serviços de saúde, tendo em vista o mencionado em parágrafos anteriores e a promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) sendo um departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e a dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas.

Mais adiante, em 1930 após a posse de Getúlio Vargas como presidente do Brasil, houve a Centralização e uniformização das estruturas de saúde e a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que substituíram as CAPS. Neste mesmo governo, houve o fechamento do congresso, a instalação do Estado Novo e o adiamento das eleições para presidente. Além disso, houve a utilização do dinheiro dos IAPS para industrialização dos grandes centros, configurando desvio de finalidade de verba pública, algo que saiu impune à justiça brasileira. Mas, em paralelo a isso, o médico Geraldo Paulo instalou o Centro de Saúde e Ação do Médico Sanitarista, sendo a primeira instituição que buscou focar na família, este foi o embrião do que conhecemos atualmente como Atenção Primária de Saúde (APS).

Em 1945 houve a oposição ao Estado Novo com a deposição do ditador Getúlio Vargas, entretanto, nas eleições de 1950, Getúlio Vargas foi novamente empossado presidente do país. Uma de suas primeiras ações foi a criação e inauguração da emissora televisiva “TV Tupi” que ganhou espaço no dia a dia da população como um dos principais veículos de transmissão de informações. Além disso, houve a criação da Petrobras e do Ministério da Saúde.

Em certo momento, o documentário criticou a promoção da saúde através de sanatórios, isolamentos, manicômios, uma vez que, o foco deveria ser no tratamento integral do indivíduo de modo a promover sua inserção social enquanto cidadão ativo na sociedade como cidadão ativo. Tempos depois os manicômios foram extintos e as políticas públicas do país passaram a objetivar a desinstitucionalização da loucura de modo a defender os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, modificando a assistência de saúde ofertada a esse público (BRASIL, 2011).

Faleceu em 24 de agosto de 1954 Getúlio Vargas, o que deu abertura para a candidatura de Juscelino Kubitschek de Oliveira, médico natural de Minas Gerais (MG), popularmente conhecido pela sigla JK, sendo eleito a presidente do Brasil com mandato presidencial de 31 de janeiro de 1956 a 31 de janeiro de 1961. Nesse período promoveu a construção de Brasília, a Instalação e crescimento da Indústria automobilística com geração de muitos empregos para a população, assim como a institucionalização das empresas médicas e percebeu-se que os IAPS não atendiam a demanda da população.

Em 1964, após um golpe de Estado, o General Castelo Branco assumiu a presidência e consolidou a instalação da ditadura militar. Esse período foi marcado por torturas, censura da mídia, com omissão de informações necessárias à promoção da saúde da população, como, por exemplo, a ocultação de informações acerca da epidemia de meningite (década de 70), os baixos salários da classe trabalhadora em contraposição ao aumento dos salários das classes dominantes, prisões por diferenças ideológicas e/ou políticas, fome, miséria e sucateamento da saúde pública do país através da injeção de verbas públicas na saúde privada. Esse período foi extremamente marcado por composições musicais que criticavam o regime militar, tais como a cantiga “pra não dizer que não falei das flores” de Geraldo Vandré, e, “cálice” de Chico Buarque e Milton Nascimento, “alegria, alegria” de Caetano Veloso (1967), “O Bêbado e o Equilibrista”, Elis Regina, “apesar de você” (Chico Buarque).

Ainda nesse contexto, em 1966 houve a unificação dos IAPS para a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Acerca desse período obscuro da história do Brasil, faz jus utilizar-se da música de composta e interpretada por Chico Buarque, intitulada “Apesar de você”, ao descrever de modo artístico a situação vivenciada: “Hoje você é quem manda. Falou, ‘tá falado, não tem discussão. A minha gente hoje anda falando de lado e olhando pro chão, viu? Você que inventou esse estado e inventou de inventar toda a escuridão, você que inventou o pecado, esqueceu-se de inventar o perdão”.

Ainda no período da ditadura militar (1964–1985), houve a criação e instalação de grandes hospitais com assistência médica para os contribuintes inscritos no INPS. Mas, sem investimentos na saúde pública do país, pois se dava importância à saúde complementar, aumentando o lucro dos grandes empresários e reduzindo o então "espremido" acesso à saúde por parte da população desprovida financeiramente. Assim, interpreta-se esse momento da história e a "herança" deixada por ele, parafraseando a música "Xibom Bombom", interpretada pelo grupo "As meninas" no seguinte trecho: "Analisando essa cadeia hereditária, quero me livrar dessa situação precária, onde o rico cada vez fica mais rico e o pobre cada vez fica mais pobre. E o motivo todo mundo já conhece, é que o de cima sobe e o de baixo desce".

Em 1978, tornou-se público o conhecimento acerca das vantagens da implementação da Atenção Básica de Saúde através de experiências internacionais. Houve também, a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Em 1980, os movimentos populares vão às ruas na luta por uma assistência de saúde para todos; a administração financeira dos recursos da previdência e assistência social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) declararam falência, deixando o povo praticamente desassistido pela saúde pública do país, incluindo os contribuintes.

Tempos depois, o "gigante acordou", o povo foi às ruas no movimento "Diretas Já" que teve como objetivo a retomada das eleições diretas ao cargo de presidente da República no Brasil, durante a ditadura militar brasileira. Nessa época, os hospitais privados que cresceram com injeção de capital público, após estruturados com equipamentos e materiais de ponta, desvincularam-se da assistência pública de saúde.

Com o fim da ditadura militar em 1985, e através da mobilização organizada de grupos populacionais, partidos políticos e representantes de diferentes segmentos da sociedade também denominada de reforma sanitária promoveu-se à 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) com proposição de um sistema de saúde que atendesse aos preceitos da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Mas, apenas no ano de 1990 que foi aprovado as Leis nº 8.080 e 8.142 que instituem e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de músicas que criticam o SUS não serem incomuns na mídia da atualidade, os serviços anteriores recebiam críticas, mesmo que veladas, como ocorre na música metrópole, interpretada pela banda Legião Urbana, especialmente no seguinte trecho: "Por gentileza, aguarde um momento… Sem carteirinha não tem atendimento… Carteira de trabalho assinada, sim, senhor! Olha o tumulto, façam fila, por favor [...]".

A idealização da Atenção Primária de Saúde transcorreu o tempo desde 1924 até ser instituída de forma prática em 1994, pelo Ministério da Saúde, através do lançamento do Programa Saúde da Família, vinculado ao SUS. O que instaurou o olhar direcionado ao cuidar do indivíduo, família

e coletividade. Contudo, em 1 de janeiro de 1995 com a posse de Fernando Henrique Cardoso à presidência, o governo passou a investir novamente de forma intensa nos serviços privados, atribuindo o caráter de saúde complementar instituída pela constituição de 1988 como justificativa, resultando na terceirização de diversos serviços públicos pelo poder privado.

Ao final do documentário, ressaltaram-se, em entrevista, as principais vantagens do SUS após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, visto que é a maior política pública do povo brasileiro. Assim, destacou-se a universalização do acesso à saúde, com quebras de barreiras geográficas e diminuição da escassez de profissionais de saúde; o cuidado integral à diversos grupos prioritários; distribuição de medicamentos de uso contínuo; o modelo de atenção baseado na prevenção de doenças e agravos, o uso intrínseco do sistema de saúde mesmo quando não se busca fisicamente um serviço de saúde, por exemplo, a água tratada, saneamento básico, dentre outros.

Contudo, ainda nos tempos atuais encontram-se diversas formas de promover o lucro do setor privado baseado na assistência complementar em saúde, contribuindo cada vez mais com o sucateamento da saúde pública brasileira de modo a realizar um desmonte do SUS visto que, só no ano de 2020 buscou-se aprovar pelo menos quatro projetos de leis na câmara dos deputados acerca de diferentes pontos de serviços de saúde pública que pudessem transpor para a administração privada. Aqui, interpretam-se essas ações parafraseando a música escrita por Agenor de Miranda e Arnaldo Pires, intitulada "O tempo não para" interpretada pelo grupo Barão vermelho, na seguinte estrofe: "Eu vejo o futuro repetir o passado, eu vejo um museu de grandes novidades, o tempo não para".

De modo geral, observa-se um lento crescimento na saúde pública do país, especialmente na criação de políticas públicas para diferentes públicos e a estruturação das redes de atenção à saúde. Assim, após anos com o Partido dos Trabalhadores (PT) no maior cargo de poder executivo do país, com um "golpe" e impeachment da presidente Dilma Rousseff em agosto de 2016, o país decresceu nos investimentos na área de saúde. Isto foi agravado após as eleições de 2018, que cedeu o país à extrema-direita, uma vez que se volta aos investimentos apenas na saúde privada em detrimento da pública, dando a entender que apenas o privado funciona. Mas, desde então o povo tem ido às ruas e feito manifestações contrárias e a favor das ações do atual governo. Para este momento, parafraseia-se a música intitulada "Noite inteira" interpretada pela cantora Pitty através da seguinte estrofe: "Respeite a existência, ou espere resistência, entendo que discorde, não espere que eu me cale (ou espere a resistência), não peço que concorde, não impeça que eu fale".

Atualmente, viveu-se a maior pandemia de todos os tempos, a COVID-19 atingiu o mundo e o Brasil deixando até 9 de setembro de 2021, 584 mil mortes pela doença. Enquanto isso, o governo 2019-2022, comandado pela extrema-direita, buscou promover atos que potencialmente ferem a constituição, desabrigam os direitos constitucionais e ignoram as reais necessidades de saúde da nação brasileira. Mas, esse é um debate ainda mais profundo, que por ora, atêm-se à mesma indagação que o grupo Legião Urbana declarou ao intitular a música "Que país é esse?".

Em suma, a presente escrita compreendeu que o documentário é relevante para o conhecimento acerca do desenvolvimento da saúde pública do país, contudo requer uma leitura minuciosa da literatura a fim de promover a interpretação de cenários pouco explorados pelo documentário. Além disso, torna-se importante dar seguimento à obra e promover uma segunda parte, com abordagem até os dias atuais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. M.; MENDONÇA, M. A.; LEONE, P. N. **Noite Inteira**. *In:* Pitty. Disponível em: https://www.letras.mus.br/pitty/noite-inteira-part- lazzo-matumbi/. Acesso em 8 de setembro de 2021.

ARAÚJO NETO, A. M.; BRANDÃO, A. P. **O tempo não para**. *In:* Barão vermelho & Cazuza. Disponível em: https://www.letras.mus.br/cazuza/45005/. Acesso em 9 de setembro de 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS:** as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010: Brasília. Janeiro de 2011, p.106. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_ psiquiatrica.pdf Acesso em 06 de setembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e o Decreto 7508/11**, **de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.html . Acesso em 06 de setembro de 2021.

_____. **Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.html Acesso em 06 de setembro de 2021.

BUARQUE, C; NASCIMENTO, M. **Cálice** (Cale-se). *In:* Chico Buarque & Milton Nascimento. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=RzlniinsBeY. Acesso em 09 de setembro de 2021.

BUARQUE, C. **Apesar de você**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=LZJ6QGSpVSk. Acesso em 09 de setembro de 2021.

CONSÓRCIO DE IMPRENSA. **Covid-19:** Brasil registra 747 mortes em 24 horas, diz consórcio. Disponível em: https://www.oantagonista.com/brasil/covid-brasil-registra-747- mortes-em-24-horas-diz-consorcio/. Acesso em 9 de setembro de 2021.

COVAS, J. A. Tecnologia e comunicação no Programa Saúde da Família. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 71-74, 2020.Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1353192/tecnologia-e-comunicacao-71-74.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2021.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963:** do Império ao desenvolvimento Populista. Págs. 333 – 383.

HOLLANDA, F. B. **Apesar de você.** *In:* Chico Buarque. Disponível em: https://www.letras.mus.br/chico-buarque/7582/. Acesso em 6 de setembro de 2021.

JANARY JÚNIOR. **Projeto anula inclusão de unidades básicas do SUS em programa de privatização do governo.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/703350-projeto- anula-inclusao-de-unidades-basicas-do-sus-em-programa-de-privatizacao-do-governo/. Acesso em 6 de setembro de 2021.

MANFREDINI JÚNIOR, R. **Que país é esse?.** In: Legião Urbana. Disponível em: https://www.letras.mus.br/legiao-urbana/46973/. Acesso em 8 de setembro de 2021.

MANFREDINI JÚNIOR, R. **Metrópole.** In: Legião Urbana. Disponível em: https://www.letras.mus.br/legiao-urbana/46953/ . Acesso em 8 de setembro de 2021.

PINTO, H. **História da Saúde Pública no Brasil**. *In: Youtube*, 24 de setembro de 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=L7NzqtspLpc. Acesso em 02 de setembro de 2021.

PINHEIRO, M. **Vacina obrigatória**. In: Youtube, 17 de janeiro de 2018. Disponível em:https://www.youtube.com/watch?v=Lkd_87FrjXE. Acesso em 08 de setembro de 2021.

RANGEL, W. **Xibom Bombom**. *In:* As meninas. Disponível em: https://www.letras.mus.br/as-meninas/44262/. Acesso em 9 de setembro de 2021.

REGINA, E. **O bêbado e a equilibrista.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=6kVBqefGcf4. Acesso: 7 de setembro de 2021.

VANDRÉ, G. **Pra não dizer que não falei das flores.** Disponível em: https://www.letras.mus.br/geraldo-vandre/46168/. Acesso em 09 de setembro de 2021.

VELOSO, C. **Alegria, Alegria.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=WL8l8olaMmI. Acesso em 09 de setembro de 2021.

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323053

ISBN: 978-65-258-1465-0

Reflexões acerca da história das políticas públicas brasileiras

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
William Caracas Moreira
Viviane Cordeiro de Queiroz
Barbara Maria Lopes da Silva Brandão
Dilyane Cabral Januário
Jacqueline Barbosa da Silva
Felícia Augusta de Lima Vila Nova
José Nildo Barros Silva Junior
Kenya de Lima Silva
Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Maria Eliane Moreira Freire
Ana Cristina de Oliveira e Silva

Assista ao documentário "História da saúde pública no Brasil"

Ano 2023

CAPÍTULO 3

REFLEXÕES ACERCA DA HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

Data de aceite: 16/04/2023

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-4818-4286; http://lattes.cnpq.br/6676777021205262.

William Caracas Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445; http://lattes.cnpq.br/6189180127237713.

Viviane Cordeiro de Queiroz
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2037-921X; https://lattes.cnpq.br/7705025336495099.

Barbara Maria Lopes da Silva Brandão
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-6652-9615; https://lattes.cnpq.br/8308393571659667.

Dilyane Cabral Januário
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2319-3015; https://lattes.cnpq.br/1157042935343627.

Jacqueline Barbosa da Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-1013-6660; http://lattes.cnpq.br/5860836101223456.

Felícia Augusta de Lima Vila Nova
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-6227-9524; http://lattes.cnpq.br/8795766463871287.

José Nildo Barros Silva Junior
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-9958-8462; https://lattes.cnpq.br/3732022952483840.

Kenya de Lima Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7955-2531; http://lattes.cnpq.br/4011454387093577.

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3342-8746; http://lattes.cnpq.br/0327313009201397.

Maria Eliane Moreira Freire
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-0305-4843; http://lattes.cnpq.br/4618837868185188

Ana Cristina de Oliveira e Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-8605-5229; http://lattes.cnpq.br/2636448157614016.

Observou-se um documentário publicado em 24 de setembro de 2016 o qual aborda, em ordem cronológica, os principais aspectos históricos das políticas públicas do Brasil, intitulado "História da saúde pública no Brasil". Esse, encontra-se, em formato de vídeo, disponível gratuitamente através do *YouTube*, possui duração de 1h02min39seg e, até dois de abril de 2023, contabilizou 1.185.735 mil visualizações. O documentário foi produzido a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Fundação Euclides da Cunha e faz uso de um vasto material audiovisual e grande pesquisa historiográfica.

Assim, elaborou-se uma resenha crítica a qual promoveu a discussão entre os aspectos históricos da saúde pública brasileira apontados no documentário, assim como utilizando a fundamentação teórica pertinente referente aos capítulos "História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista" e "História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990" do livro "Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil", sob organização de Lígia Giovanella em 2008.

O documentário e os capítulos escritos por Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos abordam, em ordem cronológica, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil desde o fim do Império, República Velha, era Vargas, golpe militar até a criação da Lei Orgânica da saúde em 1990, observando os aspectos sociais, políticos, econômicos e sanitários de cada época, permitindo ao leitor, ou telespectador, compreender os principais aspectos de cada período e suas particularidades. Nesse período, houve mudanças científicas, tecnológicas e sociais, as quais demonstraram a influência do capitalismo na saúde no Brasil e os conflitos entre o interesse público e o interesse privado.

Em 1808, com a chegada da Corte portuguesa, foram criadas as primeiras ações voltadas à saúde pública no país, direcionadas a habilitar e fiscalizar o registro das pessoas que, de alguma forma, se dedicavam ao cuidado, como médicos, parteiras e sangradores, assim como fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras.

Entretanto, a formulação das primeiras ações do governo voltadas à saúde iniciou-se apenas no final do Império até a República Velha (1889-1930). No início de 1900, a epidemia da febre amarela alcança os estados do Rio de Janeiro e São Paulo prejudicando as importações e exportações, isto pressionou para que houvesse uma melhor higienização dos portos. Contudo, os trabalhadores, quando doentes, apenas tinham auxílio das Santas Casas de Misericórdia, pois não possuíam direitos sociais e políticos. Com o surgimento dessas epidemias, a atuação do Estado na assistência

médica se restringia à internação de doentes graves em locais chamados de lazaretos e enfermarias improvisadas. Ao se tratar de pessoas com algum transtorno psicológico/mental, elas eram internadas em sanatórios/hospícios criados com autorização do Imperador.

O desenvolvimento tecnocientífico, do começo do século XX, levou à criação do Instituto Soroterápico Federal, coordenado por Oswaldo Cruz e é neste período que surgem as quarentenas obrigatórias dos navios, a busca pela higienização dos centros urbanos e a vacinação obrigatória contra a varíola. Nessa época, também, surge a Revolta da Vacina, bem como os esforços e pesquisas de Oswaldo Cruz e Emílio Ribas a respeito da disseminação da febre amarela e o saneamento do porto de Santos, fatos estes que representam vitórias da saúde pública brasileira, ajudando no processo de industrialização nacional.

No âmbito da Saúde Pública, destaca-se a atuação das polícias sanitárias, conhecidas pelas ações autoritárias destinadas à limpeza e aeração do ambiente urbano, sob comando e interesses econômicos da corte real; e das campanhas sanitárias, as quais eram conduzidas com intuito de erradicar os agentes etiológicos, como o extermínio de ratos para redução dos casos de peste.

É oportuno discutir sobre esses dois aspectos mencionados, no sentido de ausência de intersetorialidade e integração de uma possível rede de atenção à saúde. Enquanto as polícias tinham como foco o ambiente, as campanhas preocupavam-se com os agentes. Assim, essas ações não eram planejadas no intuito de compreensão do processo saúde-doença amplo e socioestrutural, mas individual e curativista.

Com o advento da II Revolução Industrial, surge a era da microbiologia como um avanço para a ciência. Uma vez que as epidemias ainda eram prevalentes entre vários territórios nacionais, emergem a criação da vacina contra a varíola e a lista de doenças de notificação compulsória, como febre amarela, cólera, sarampo, entre outras.

O avanço nesses aspectos da saúde pública me permite relacionar à implementação da Política Nacional de Imunização (PNI) e a atuação da vigilância epidemiológica, um dos pilares da vigilância em saúde. Embora as ações para a vacinação obrigatória naquela época tenham sido dificultosas pela resistência da população − ocasionando posteriormente a revolta da vacina −, verifica-se que as campanhas brasileiras se tornaram referência mundial quanto à cobertura e erradicação de doenças como o sarampo.

Em 1918, durante o período da gripe espanhola, a precariedade dos serviços de saúde e a necessidade de uma reforma tornou-se evidente. De acordo com as iniciativas propostas, foi fundado os Serviços de Medicamentos Oficiais, com o objetivo de dispor de um Ministério da Saúde para a realização do cuidado de forma técnica, o que não foi aceito pela oposição das oligarquias que viam como uma ameaça ao poder local, instituído pela autonomia estadual no campo da saúde.

Todavia, o Estado estabeleceu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com o intuito de averiguar sobre a venda de produtos alimentícios para a diminuição de infecções, desenvolvimento de normas em construções em áreas rurais e a regulamentação das condições de trabalho das mulheres e crianças, assim como a fiscalização dos medicamentos utilizados, do estado de saúde dos imigrantes ao chegarem nos portos, da técnica do cuidado ofertado e o desenvolvimento de tratamentos contra as epidemias que afetavam o país.

Em seguida, durante a Era Vargas (1930-1945), o Estado passou por uma modernização e regulamentação das relações de trabalho. Durante a crise do café, em meio a quebra da bolsa de valores de Nova York, em 1929, houve uma crise econômica que desencadeou uma insatisfação da sociedade brasileira.

Quando Getúlio Vargas assumiu o poder em 1930, trouxe à tona alguns novos interesses com duas bases distintas: saúde pública e medicina previdenciária, sendo esta marcada pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que, posteriormente, foram transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).Os IAPs, também ofereciam serviços médicos porém a assistência era limitada aos trabalhadores com vínculos formais e com apoio sindical instituído por Vargas, ou seja, seguindo os interesses do Estado. Os trabalhadores rurais, domésticos e informais eram chamados de pré-cidadãos e não atendiam a esses "pré-requisitos" que garantiam os direitos à saúde.

No mesmo ano, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em meio às instabilidades políticas que surgiram devido às disputas relacionadas ao novo regime. O retorno de Vargas em 1934, iniciou a institucionalização e ampliação da saúde, ocorrendo a mudança do nome do Ministério para Educação e Saúde (MES), centralizando e uniformizando as estruturas estaduais, as quais deveriam assumir as atividades municipais. O foco era fortalecer o poder de intervir e coordenar do governo as ações de saúde no país, ao mesmo tempo, o governo tinha ideia de que o país não se desenvolveria se o povo sofria e convalescia com doenças, principalmente nos interiores dos estados.

Sobre essa organização, é relevante discutir que a gestão do Estado não dispunha da saúde como uma prioridade, primeiro porque o ministério para a saúde sempre esteve vinculado a outro setor; as ações eram restritas às campanhas sanitárias, de vacinação e controle de epidemias; e não havia articulação entre as três esferas de governo de tal modo que as ações de saúde tinham traços verticais e autoritários, sem levar em consideração as necessidades da população.

Durante o desenvolvimentismo populista ao golpe militar (1946 a 1963), surgiu o movimento "sanitarismo desenvolvimentista", o qual considerava que a saúde da população dependia diretamente do desenvolvimento econômico do país, surgindo em 1953 de fato o Ministério da Saúde, independente da educação, nesse período havia uma tensão entre uma visão municipalista de

saúde e programas federais verticalizados de enfrentamento da lepra e da tuberculose. O governo de Juscelino Kubitschek (JK) estabelece o Plano de Metas com a implementação do planejamento para o desenvolvimento que antes estavam à mercê do mercado, no campo da saúde. O Centro de Estudos e Desenvolvimento Econômico e Social, juntamente com a Organização Panamericana de Saúde (Cendes-Opas), propôs um planejamento nacional onde as necessidades sanitárias se definiriam por meio do Estado através das estatísticas de morbimortalidade.

O governo seguinte, assumido por Jânio Quadros, foi marcado por instabilidade política que afetou o Ministério da Saúde, o qual, no período de três anos, foi assumido por seis ministros. O penúltimo, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde, no XV Congresso de Higiene, em 1962, o qual definia que a saúde da população deveria ser entendida de acordo com as suas condições globais de trabalho, reconhecendo o vínculo entre pobreza e doença.

A 3ª. Conferência Nacional de Saúde, convocada por Wilson Fadul no último ano do golpe, teve como finalidade examinar a situação sanitária do país, avaliando programas de saúde que deveriam ser ajustados às necessidades da população para que o avanço ocorresse em conjunto ao desenvolvimento econômico do País, sugerindo a criação de uma lei em cada município os permitindo de desenvolverem seus próprios serviços de saúde. Esse processo, chamado de municipalização, buscava dar poder e autonomia aos municípios, buscando a descentralização dos serviços de saúde, começando pelo atendimento básico prestado por auxiliares da saúde e se estendendo até o nível terciário com atendimento médico-hospitalar especializado.

No período entre 1964 e 1974, a primeira década da ditadura militar destaca-se pelo auge da privatização da saúde e atuação da medicina intervencionista e capitalista. Por outro lado, aos que defendiam a saúde pública, como os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, a resposta se deu com a perseguição de diversos indivíduos e suspensões de estudos.

Em 1966, os IAPS foram substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de modo que esse instituto uniformizasse as ações e serviços de saúde, e tratava-se de uma estratégia do governo de eximir-se da responsabilidade sobre o financiamento da previdência social. Ademais, a referida estratégia de unificação divergia das propostas de integralidade dispostas pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde propôs em 1968 o Plano Nacional de Saúde devido aos baixos orçamentos recebidos, pretendendo assim vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, cabendo ao Estado a função apenas de financiar os serviços privados, custeados parcialmente pelos pacientes. Além de todas as dificuldades do regime militar, vários pesquisadores tiveram seus direitos políticos cassados, laboratórios fechados, sendo impedidos de lecionar e realizar pesquisas em qualquer parte do país.

Já no período de 1974 a 1979, houve a distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário. O Ministério da Saúde passou a combater os interesses do setor privado, buscando resgatar a sua atuação dentro do país. Ao enfrentar esses dilemas, adotou uma proposta de extensão da cobertura de programas fundamentados em conceitos como o de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária.

Em meio ao processo de privatização da saúde e início de uma crise política e econômica, observou-se o desenvolvimento do movimento de Reforma Sanitária, que emergiu na década de 70, trazendo novas concepções de saúde mediante uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde da população, a qual inclui ações de prevenção e atenção integral. O movimento sanitário compartilhou entre os profissionais de saúde a busca de transformar o setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania, por meio de políticas, ideológicas e teóricas.

Em 1976, o INPS passou por adequações, tornando-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual traduziu a expansão dos serviços médico-hospitalares e a supervalorização do lucro pela saúde privada. Além disso, a Atenção Primária à Saúde começa a ser discutida como modalidade de assistência e torna-se o tema principal da Conferência de Alma-Ata, em 1978, no Cazaquistão.

A união dos indivíduos que acreditavam na reforma contribuiu para que, na década seguinte, com o declínio da ditadura e início de redemocratização, suscitaram novas propostas de saúde universal, igualitária e equivalente para todos. Alguns programas e políticas foram criados nessa época, como aqueles destinados à saúde materno-infantil.

A década de 80 é marcada pelo declínio do regime ditatorial e início do processo de eleição democrática, representado pelo movimento "Diretas Já", em 1986. No ano seguinte, sublinha-se um importante evento para a saúde pública, conhecido como a Oitava Conferência Nacional de Saúde. Embora a primeira conferência tenha ocorrido em 1941 com um caráter tecnocrático e autoritário, sem participação da comunidade; a oitava se distingue desde os temas discutidos como saúde como direito, reformulação do sistema de saúde e o financiamento setorial; ao fato de ter sido a primeira com participação popular, a qual abriu discussões para uma possibilidade de um sistema público de saúde para a população, mediante uma gestão democrática e participativa na saúde.

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, tem como um de seus grandes marcos a participação de grupos populares, tendo sua elaboração de forma democrática e, em seus artigos nº 196 ao 200, a saúde é definida como um direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que possam integralizar as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação de saúde aos indivíduos, famílias e sociedade.

Outrossim, os artigos ainda dispõem sobre os princípios doutrinários e organizativos, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo um significativo avanço nos direitos sociais e políticos, colocando a saúde como uma de suas prioridades elencando a descentralização, integralidade e participação social como diretrizes.

Contudo, é válido salientar que o SUS só foi regulamentado em 1990, de modo que estabelece todas as ações e responsabilidades das três esferas federativas sobre a saúde pública, subsidiando, por sua vez, a concepção e implementação de diversas políticas e programas já publicadas e dispostas a integrar todos os ciclos de vida, diferentes níveis de complexidade e morbidades nacionais existentes.

Ainda, em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), que dispõe sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços com finalidade de proteção, promoção e recuperação da saúde, permitindo à população brasileira o direito à saúde universal e gratuita.

O SUS é um sistema que possui uma forma inovadora de entendimento a respeito da relação entre a população e os profissionais de saúde, posto que, ultrapassa a ideia do direito à saúde, do foco na doença, buscando uma integração entre saúde e sociedade que é demonstrada com eficácia no documentário, pois nós, enquanto sociedade, somos partícipes nas transformações da saúde ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

GIOVANELLA, L. *et al*. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333□384.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323054

ISBN: 978-65-258-1465-0

Capítulo 4

Uma análise reflexiva do documentário “Carta para Além dos Muros”

William Caracas Moreira
Luciana Maria Bernardo Nóbrega
Nathália Rafaela da Costa Galdino
Rute Xavier Silva
Juliana Kelly Batista da Silva
Brenda Shayanny Rocha Ribeiro
Letícia Karen de Barros Tavares
Renata Olívia Gadelha Romero
Leidyanny Barbosa de Medeiros
Sandra Aparecida de Almeida
Jordana de Almeida Nogueira
Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal

Assista ao documentário “Carta para Além dos Muros”

Ano 2023

CAPÍTULO 4

UMA ANÁLISE REFLEXIVA DO DOCUMENTÁRIO "CARTA PARA ALÉM DOS MUROS"

Data de aceite: 16/04/2023

William Caracas Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445; http://lattes.cnpq.br/6189180127237713.

Luciana Maria Bernardo Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-1930-9764; Lattes: http://lattes.cnpq.br/8891017641960136.

Nathália Rafaela da Costa Galdino
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0009-0009-7097-922X; https://lattes.cnpq.br/6516219373605905.

Rute Xavier Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-5233-4553; http://lattes.cnpq.br/5142019421320307.

Juliana Kelly Batista da Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-5872-2829; http://lattes.cnpq.br/6933753436392812.

Brenda Shayanny Rocha Ribeiro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-4767-1608; http://lattes.cnpq.br/6774670075882483.

Letícia Karen de Barros Tavares
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-4238-3460; http://lattes.cnpq.br/4368863363495499.

Renata Olívia Gadelha Romero
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7192-3764
http://lattes.cnpq.br/8212385799275907

Leidyanny Barbosa de Medeiros
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/ 0000-0003-3973-6085; http://lattes.cnpq.br/2441699691240863.

Sandra Aparecida de Almeida
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2183-6769; http://lattes.cnpq.br/6689781886879777.

Jordana de Almeida Nogueira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2673-0285; http://lattes.cnpq.br/8338527087554463

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3342-8746; http://lattes.cnpq.br/0327313009201397

O documentário "Cartas Para Além dos Muros", lançado em 2019, é uma produção artística com duração de 93 minutos, disponível em plataforma de *streaming* (Netflix), por meio de assinatura mensal. Produzido sob direção de André Canto, narra a evolução do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil ao longo de três décadas e mostra o estigma imposto a quem vive com a doença. Portanto, a presente resenha crítica surgiu a partir da observação do documentário supracitado, sucedido do debate crítico-reflexivo, embasado no conhecimento científico, entre estudiosos e pesquisadores integrantes do Núcleo de Estudos em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade (NEHAS).

Nesse contexto, ao traçar uma linha temporal dos acontecimentos, dá-se vazão às discursividades que respaldam a legitimidade das diversas vozes que participaram, cada uma à sua maneira, na trajetória de luta e enfrentamento ao HIV e/ou à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). As narrativas seguem uma ordem cronológica dos fatos, apresentando marcos importantes na prevenção, no tratamento, na visibilidade, nos direitos e nas conquistas dos pacientes que convivem com a infecção/doença.

No ano de 1981, a Aids é reconhecida pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos e somente em 1983 o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é isolado (ROCHA, 2016). Diante disso, tendo em vista o escasso esclarecimento científico na época, no tocante a natureza da aids e sua transmissibilidade, e considerando as pessoas que estavam sendo mais acometidas pela doença, o documentário relata o estabelecimento dos grupos de risco conhecidos como 4 H's, que correspondem aos homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroinômanos (usuários de heroína injetável), e a origem das teorias que culpabilizam, em especial, a população homossexual, razão pela qual a doença era chamada "praga do homossexual".

Nesse momento, faltou na população e na mídia brasileira um posicionamento mais crítico sobre quais seriam as evidências científicas acerca da transmissibilidade do HIV, uma vez que devido a carência dessa criticidade, os preconceitos foram se perpetuando ao longo do tempo, e a aids passou a ser além de uma epidemia médica, uma epidemia moral (TARDELLI, 2022). O médico infectologista Ricardo Tapajos, relata no documentário que a aids era sempre a "doença do outro" desvinculando o risco de infecção da pessoa e tornando a doença mais distante, tendo em vista que somente "o outro é homossexual, o outro é africano". Desse modo, frente a tamanho estigma e desassociação da doença como um problema de saúde pública, no Brasil, o Ministério da Saúde

teve uma grande resistência no decorrer do tempo, em tomar qualquer atitude frente à epidemia e consequentemente a resposta ao HIV/Aids aconteceu muito lentamente (ROCHA, 2016).

As pessoas homossexuais foram taxadas como principais transmissoras da doença, reforçando o já existente estigma à essas pessoas, assim, havia um entendimento de que as pessoas héterossexuais não se infectavam com o HIV/Aids, portanto novamente houve uma condenação social e estrutural aos não-heterossexuais (PEREIRA, 2016). No documentário, é possível ver uma manchete de jornal dos anos de 1980, onde pode-se ler em letras garrafais: "Aids é castigo de Deus, porque bicha é uma raça desgraçada" e em outro momento traz a Aids como "o câncer gay".

O estigma criado em torno dos homossexuais, os ligando diretamente à contaminação pelo HIV, foi combustível para a criação de movimentos sociais que buscavam dentre outras pautas, conscientizar a sociedade quanto à epidemia de aids. O movimento gay nos Estados Unidos, país onde surgiram os primeiros relatos de infecção pelo HIV, foi o responsável por dar a devida importância ao estigma social que cercava a doença (SOBRINHO, 2020). No Brasil, o documentário deixa claro como a comunidade LGBT contribuiu para a criação de grupos que lutavam contra a aids, buscando dar voz aos acometidos pela doença e em busca de respostas governamentais.

Noutro viés, ainda na década de 1980, o documentário aborda um importante ator na luta contra o preconceito e discriminação perante a epidemia da Aids, conhecido como Paulo Roberto Teixeira, que segundo as pessoas entrevistadas, inferiu um esforço monumental para a desmistificação e combate à doença. Teixeira coordenou o primeiro programa de combate a Aids no Brasil, propôs quebra de patente à remédios importados contra o HIV, na luta pelos direitos dos doentes, e participou do grupo intitulado "Outra coisa", na qual participava de reuniões e palestras para divulgação de informações sobre a Aids que deu surgimento ao Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), a primeira ONG de apoio às pessoas infectadas pelo HIV (FRANÇA, 2008). Dessa forma, o documentário ressalta a tamanha luta de Teixeira para enfatizar a epidemia da aids como uma questão de saúde pública em um país que a sociedade apenas visualizava como uma doença proveniente da promiscuidade.

Ainda nos anos de 1980, a travesti Brenda Lee foi um dos grandes nomes na luta contra a aids dentro da comunidade LGBT. Foi com a criação de seu pensionato que se deu a primeira casa de apoio do país, o "Palácio das Princesas", onde se acolhia travestis que eram expulsas de casa após serem diagnosticados com a doença (CARRIJO *et al*, 2019)**.** Além de Brenda Lee, o documentário também cita a importância de Cazuza, o primeiro artista a se manifestar a respeito da doença. Outro aspecto importante, está na atuação controvérsa da igreja católica, pois, ao tempo em que proibiam relações sexuais antes do casamento, também condenavam a utilização do preservativo (COUTO, 2015).

Transversalmente aos eventos e entrevistas apresentados pelo documentário, há um relato de Caio, um jovem rapaz, em diferentes momentos da obra. Esse relato dá o tom humanista ao documentário histórico, visto que traz sentimentos, percepções e vivências de alguém diagnosticado com HIV. Assim, salienta-se que o diagnóstico, no início da década de 1980, quando ainda não havia definição exata da cadeia de transmissão, demorava meses pelos resultados de exames, não havia tratamento, nesse cenário o recebimento do diagnóstico foi retratado como momento de pânico, do isolamento e da morte, como sentimentos presentes de imediato.

O relato de diagnóstico de Caio, em 2017, apresenta a mesma configuração de sentimentos, como descrito no relato: "Na hora, não tive chão, desabei [...] fiquei praticamente a ponto de desmaiar [...] para mim era descobrir que não vai ter mais vida". Apesar de receber o diagnóstico em uma outra realidade do sistema de saúde, a ciência tem respostas sobre o que é, a cadeia de transmissão, o tratamento, o diagnóstico rápido e informações seguras mais acessíveis. O impacto da notícia não diferencia. E agora? O que fazer? São perguntas universais, e se aplica aos contextos terapêutico, social, familiar, profissional e pessoal, frente a um diagnóstico de uma condição crônica. Mais ainda, na sociedade atual, onde ainda é um tabu, é discriminatório, é excludente, ter ou falar sobre o HIV, o que torna o diagnóstico não um momento, mas um processo com tempo indeterminado.

Partindo das falas de *Caio*, de profissionais de saúde e de ativistas que vivem com HIV, expressa-se a realidade que ainda impera dentro dos serviços de saúde e em meio ao corpo social: a insuficiência na divulgação de informações sobre saúde sexual e HIV/aids, o despreparo ético de profissionais da saúde e a perpetuação do estigma social e do preconceito advindos de preceitos morais e religiosos que fundamentam a sociedade brasileira.

O binarismo do risco de adoecer entre homens gays e o resto da população produziu uma segregação que ficou latente no imaginário social a ponto de considerar que a doença era do outro, do outro que adota condutas libertinas e promíscuas, logo os demais segmentos da sociedade estariam seguros do adoecimento. Nesta época, o isolamento social das pessoas doentes foi adotado como forma de proteção aos pacientes, que apresentavam imunossupressão e como medida protetiva para a população uma vez que as vias de transmissão ainda eram desconhecidas.

A estigmatização frente aos grupos de risco evidenciou a necessidade de visualizar as práticas e não as identidades, o que disseminou a categoria de homens que fazem sexo com homens (HSH), a fim de incluir homens que não se identificavam como homossexuais, mas que se expunham a situações de risco ao HIV através de práticas sexuais com outros homens (KNAUTH *et al*., 2020).

Ainda frente à perspectiva de práticas, a terminologia de grupo de risco foi substituída por situação de risco em 1991, pois além dos HSH, usuários de drogas injetáveis (UDI) estavam sendo acometidos pela doença. A partir de então, a compreensão das vias de transmissão passa a ser mais abrangente e, portanto, outros segmentos sociais passam a ser considerados como vulneráveis. Com

a visibilidade negativa da aids nos UDI, surge o preconceito dos próprios usuários com os que faziam uso de drogas injetáveis. Eis que este cenário favoreceu a redução do uso de drogas via parental e, consequentemente, estimulou o uso do *crack*.

À medida que a doença fazia novas vítimas, o cenário de grupo de risco direcionado apenas aos HSH foi ampliado e passou a abranger os hemofílicos, os haitianos e os '*heroinianos*', que ficaram conhecidos como o grupo de risco dos quatros 'H'. Esta categorização de pessoas que estavam concentrando os casos da aids ditou as regras da logística operacional de enfrentamento aos avanços significativos da doença, mesmo desconhecendo o agente transmissor da aids.

Essa visão equivocada dos segmentos sociais acometidos pela aids, além da estigmatização, refletiu na sensação deturpada de proteção contra o HIV/aids entre os indivíduos não incluídos nos grupos de risco. Homens e mulheres heterossexuais e crianças, por exemplo, não foram considerados suscetíveis ao risco de contaminação, logo as políticas públicas não estavam direcionadas a estes segmentos populacionais. Esta crença reducionista, estigmatizante e discriminatória provocou embates nas perspectivas de enfrentamento mais adequados da epidemia da aids.

Neste momento, a discriminação ganha uma outra vertente, pois as crianças e hemofílicos que estavam adoecendo são vistos como 'coitadinhos' e vítimas da aids enquanto os HSH e profissionais do sexo ouviam a expressão 'bem-feito'. Neste contexto, já era possível identificar que a aids era uma doença democrática e que estava acometendo homens, mulheres, crianças, ricos e pobres. De 1981 a 1993, não se falava em feminilização da aids, este lapso temporal foi prejudicial no planejamento de intervenções de promoção e prevenção a aids direcionados à saúde da mulher. Também foi possível ver o embate entre a epidemia sob o ponto de vista médico e a epidemia do ponto de vista moral.

As pessoas privadas de liberdade também sofreram severamente com a epidemia na década de 1990, enfrentando o processo de adoecimento e morte de maneira isolada, tanto pela estigmatização intrínseca à exclusão social e familiar, como a associada à doença. É importante ressaltar que a superlotação e a insalubridade relacionadas ao encarceramento, o uso de drogas, a baixa adesão ao uso de preservativos e a precariedade no acesso às ações e serviços de saúde contribuíram e ainda contribuem para a ocorrência de situações de risco neste âmbito (CATOIA *et al*., 2022).

No Brasil, as notícias sobre a aids ganharam mais visibilidade quando pessoas importantes e conhecidas da sociedade passaram a adoecer, como Cazuza e Betinho. Infelizmente, eles e outros brasileiros não tiveram acesso oportuno à terapia anti-retroviral (TARV) e, na época, a doença era fatal. Neste período, o diagnóstico da doença demorava cerca de quatro meses e era considerado uma sentença de morte. No início da epidemia, a aids produziu diversos cenários social e familiar. As mães que viviam com HIV e aids e seus filhos passaram a viver em casas de abrigo, assim como as crianças órfãs de mães com HIV e aids e crianças convivendo com a aids, caracterizando um verdadeiro isolamento social.

Em 1996, os brasileiros começaram a conhecer e ter acesso a TARV, constituída por um conjunto de 32 medicamentos com tomadas diárias, com grandes efeitos colaterais e que apresentava eficácia para as doenças oportunistas e não contra o vírus do HIV. Em virtude do alto custo da TARV, na época, o Sistema Único de Saúde (SUS) não disponibilizava os medicamentos, fato este que favoreceu a construção de uma rede solidária entre os pacientes e comissários de bordo que iam aos Estados Unidos da América e traziam os medicamentos, em suas bagagens, mesmo sem conhecer os destinatários.

Ao passar do tempo, foi possível conhecer melhor o ciclo do HIV e, consequentemente, a prescrição da TARV foi ajustada, passando a incorporar mais de uma classe de medicamentos para reduzir a quantidade de carga viral no sangue e, portanto, a transmissibilidade do vírus (carga viral indetectável). Ainda sem o acesso gratuito aos medicamentos, pessoas que vivem com HIV e aids judicializaram o direito ao recebimento da TARV através do SUS. No final de 1996, foi promulgada a Lei Sarney que assegurou a TARV de forma gratuita no SUS a partir de impostos arrecadados da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF).

A aquisição do efavirenz, um dos medicamentos importantes da TARV, era constituída por um monopólio e comercializado como um insumo de alto custo. Na época, o governo brasileiro pagava, em média, 1,60 dólar americano por cada efavirenz, enquanto outros países pagavam cerca de 0,50 centavos de dólar. De acordo com o laboratório produtor e patenteador do medicamento, essa diferença de preço se justificava pela renda médica e grau de desenvolvimento dos países. Não satisfeito com essa resposta, o governo brasileiro utilizou um mecanismo de base legal, conhecido como licenciamento compulsório, para autorizar a fabricação do efavirenz no país ou a compra de uma versão genérica do produto, sem o consentimento da empresa dona da versão original.

Ainda na década de 1990, o Brasil é reconhecido como um país de liderança na prevenção e no tratamento da aids. Passados mais de 40 anos de sua descoberta, os depoimentos do documentário revelam os avanços da medicina, mas que estes não têm chegado a todos os segmentos sociais de maneira equânime. A testagem para pessoas pardas e negras ainda constitui uma barreira para o diagnóstico de HIV e evidencia a existência de uma epidemia de HIV e aids entre as populações.

Desse modo, a existência de casos novos de HIV revela uma falha dos mecanismos de prevenção ao vírus. Já a ocorrência de casos de aids demonstra uma disfunção do sistema de saúde. A partir dessa premissa, é importante destacar que, para destruir barreiras e construir pontes, é preciso discutir formas de desmarginalizar e descriminalizar as pessoas convivendo com HIV e aids, fortalecer as instituições e o aparato legal, se faz necessário discutir saúde sexual e reprodutiva e infecções sexualmente transmissíveis em todos os espaços da sociedade, principalmente nas escolas e universidades, é necessário o investimento em pesquisas clínicas, dentre outros.

A resposta efetiva ao HIV observada nas duas últimas décadas, é resultado dos movimentos impulsionados pela sociedade civil, estas, representadas pelas populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, líderes da saúde pública, artistas e autoridades. As políticas implementadas, a expansão dos Antirretrovirais (ARV's), trouxe outra face da aids: redução da taxa de letalidade e das internações, expansão de Serviços de Atenção Especializados (SAE), aperfeiçoamento do manejo e acompanhamento da infecção e da doença, reestruturação epidemiológica da epidemia e adesão a novos campos de debate.

Esta nova face, muito embora, marcada por cicatrizes extensas ocasionadas no surgimento da aids, ressalta a esperança implantada em todo sofrimento ocasionado pelo início da epidemia. As estratégias de controle, tornaram o HIV uma doença crônica manuseável, deixando para trás o aspecto agudo e letal.

Ainda que, se tenha observado superação do monopólio farmacêutico dos medicamentos antirretrovirais no Brasil e o estabelecimento de um tratamento estável e seguro, a aids continuou crescendo entre jovens homossexuais, compelindo ao Ministério da Saúde a criar um plano para combater o avanço da doença entre gays, bissexuais e travestis no país. Dessa forma, o governo passa a desenvolver políticas e protocolos de cuidado às Pessoas que Vivem com HIV e aids com afinco. Assim, as ações de saúde de combate e prevenção à aids foram concentradas nesses segmentos populacionais, reforçando cada vez mais campanhas contra o preconceito deste agravo.

Com a implementação das populações chave, e segmentos populacionais prioritários, as ações de prevenção e controle do HIV se tornaram específicas para estes eixos populacionais, porém, sem a adequada atenção aos problemas sociais que afetam e constroem barreiras organizacionais de acesso e continuidade a resposta ao HIV, a redução de concentração de prevalência nestas populações tornou-se limitada.

Ainda que se esperassem grandes evoluções que culminassem na regressão das notificações, observa-se que entraves sociais e de gestão da saúde alavancaram os casos de HIV. Problemas sociais, desvantagem econômica, falta de informação, limitações na expansão de testagem, passam a ser considerados inter relacionados com a redução do acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento oportuno.

Até o ano de 2019, período de publicação do documentário, o Estado brasileiro perde sua posição como federação potencial na luta contra a aids e passa a ter o acréscimo descontrolado de infecção por HIV, em discrepância da realidade mundial. O uso da TARV mostra efeito com diminuição no número de mortes por aids, bem como, a adesão à Profilaxia Pré Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós Exposição reforçam o progresso na luta contra a síndrome.

Cartas Para Além dos Muros descreveu narrativas de pessoas que "superaram" as questões pertinentes a revelação da condição de pessoas convivendo com HIV/aids, todavia ainda existe

uma parcela da sociedade brasileira que desconhece seu status sorológico e/ou ainda não se sentem confortáveis em revelar as suas identidades. Caio, personagem fictício do documentário, representa muitos brasileiros que precisam, diariamente, enfrentar seus próprios fantasmas, além do preconceito da família e da sociedade devido a questões estruturais que as privam do direito à saúde, à cidadania e aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

CARRIJO, G. G.; *et al*. Movimentos emaranhados: travestis, movimentos sociais e práticas acadêmicas. **Revista Estudos Feministas,** v. 27, 2019.

CATOIA, E. A., *et al*. Atenção às pessoas privadas de liberdade vivendo com HIV: elenco de ações e serviços de saúde. **Saúde e Desenvolvimento Humano,** v. 10, n. 2, p. 1-13, 2022. doi: http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i2.8519

COUTO, P. L. S. **A influência da religião católica entre os/as jovens sobre o exercício da sexualidade e a prevenção do HIV/AIDS**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, p.151. 2015.

FRANÇA, M. S. J. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 919-926, 2008.

KNAUTH, D. R., *et al*. HIV/AIDS diagnosis in heterosexual men: still a surprise after more than 30 years of the epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, e00170118, 2020. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118

PEREIRA, C. F. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, n. 1, p. 115-137, 2016.

ROCHA, M. S. **O estigma do HIV/AIDS associado à imagem do homossexual**. 2016.

SOBRINHO, G. A.; CURTOLO, C.. Modos de representação do HIV/aids no documentário queer nos estados unidos (1980/1990). **Revista GEMInIS**, v. 11, n. 3, p. 4-30, 2020.

TARDELLI, R. **O valor da vida:** 10 anos da agência AIDS. Editora Senac São Paulo, 2022.

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323055

ISBN: 978-65-258-1465-0

"O começo da vida": uma análise à luz dos aspectos que influenciam o desenvolvimento da criança

Mayse Gabrielle de Lima Barbosa
Yasmin Torres da Rocha
Hertha Nayara Simião Gonçalves
Alexandre Cavalcanti Diniz Júnior
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
William Caracas Moreira
Viviane Cordeiro de Queiroz
Iolanda Carlli da Silva Bezerra
Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Maryanna Tallyta Silva Barreto
Kenya de Lima Silva
Luisa Helena de Oliveira Lima

Assista ao documentário "O começo da vida"

Ano 2023

CAPÍTULO 5

“O COMEÇO DA VIDA”: UMA ANÁLISE À LUZ DOS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Data de aceite: 16/04/2023

Mayse Gabrielle de Lima Barbosa
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-3078-0688; http://lattes.cnpq.br/0801204090562627.

Yasmin Torres da Rocha
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-9915-7344; http://lattes.cnpq.br/3358784384113949.

Hertha Nayara Simião Gonçalves
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-6812-5323; http://lattes.cnpq.br/2189159365407716.

Alexandre Cavalcanti Diniz Júnior
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-4764-4228; http://lattes.cnpq.br/5149571888136905.

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-4818-4286; http://lattes.cnpq.br/6676777021205262.

William Caracas Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445; http://lattes.cnpq.br/6189180127237713.

Viviane Cordeiro de Queiroz
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-2037-921X; https://lattes.cnpq.br/7705025336495099.

Iolanda Carlli da Silva Bezerra
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7948-8074; http://lattes.cnpq.br/9043991135324490.

Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-9812-9376; http://lattes.cnpq.br/3454569409691502.

Maryanna Tallyta Silva Barreto
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3829-0192; https://lattes.cnpq.br/9860232512893901.

Kenya de Lima Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7955-2531; http://lattes.cnpq.br/4011454387093577.

Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-1890-859X; https://lattes.cnpq.br/4744798845266990.

"O Começo da Vida", documentário disponível na plataforma de *streaming Netflix,* acessada por meio de assinatura, revela de forma didática, pedagógica e emocionante a visão teórico-científica do afeto, do amor e de bons sentimentos na construção da primeira infância. O documentário estreou em 2016, dirigido pela cineasta Estela Renner, produzido pela Marinha Filmes e, apresentado pela Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, Fundação *Bernard Van Leer*, Instituto Alanae e Fundo das Nações Unidas (UNICEF). Portanto, a presente escrita, trata-se de uma resenha reflexiva que promoveu a discussão entre os principais aspectos que influenciam o desenvolvimento da criança, apontados no documentário e na literatura científica.

Durante os 96 minutos de duração, o documentário apresenta discursos de mães, pais, educadores e de especialistas em desenvolvimento infantil de, pelo menos, nove países (Argentina, Brasil, Canadá, China, Estados Unidos, França, Índia, Itália e Quênia) a fim de abordar as relações desenvolvidas durante os primeiros anos de vida do bebê e a influência delas no desenvolvimento físico, emocional e social. Isto posto, articula-se ao documentário às políticas públicas nacionais e identifica-se nos discursos os contextos sociais envolvidos no desenvolvimento infantil considerando a diversidade social, as experiências das famílias e a realidade vivenciada pelas crianças.

A princípio, cabe salientar que o Brasil possui objetivos e marcos históricos na defensoria dos direitos e no cuidado à criança. Assim, torna-se oportuno evidenciar que, no Brasil, a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, são políticas e serviços que visam a promoção do cuidado e os direitos básicos das crianças. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

Das políticas públicas brasileiras, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem como objetivo a promoção e proteção à saúde da criança a partir dos primeiros anos de vida assim como no aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança traz a importância dos pais no cuidado aos seus filhos proporcionando um ambiente com segurança resultando assim na redução da mortalidade infantil com auxílio de estratégias e programas de saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 1990).

As crianças têm em sua essência uma personalidade de curiosidade, criatividade, sensibilidade, percepção e inteligência que necessitam apenas de estímulos positivos para que sejam ainda melhor desenvolvidas todas as suas potencialidades e habilidades e dessa maneira possam alcançar sucesso pessoal em todo os âmbitos da vida na fase adulta. É na primeira infância, período crucial do desenvolvimento humano que tem a maior janela de oportunidades para o desenvolvimento do cérebro, assim é de extraordinária importância proporcionar às crianças oportunidades de experiência saudáveis como, brincar, explorar, criar e inventar histórias (WALKER *et al*., 2007; XIONG; DENG, 2020).

Nesse contexto, um aspecto, explicitamente abordado pelo documentário, diz respeito aos papéis assumidos por mães e pais e, consequentemente, a importância para o desenvolvimento da criança. Vê-se pelo documentário, a transição cultural entre o passado, no qual a mãe assumia interina responsabilidade pelo lar e a criação dos filhos, e, o presente, onde os pais dividem as atribuições e há até mesmo a inversão de antigos papéis sociais, isto é, os pais assumem as atividades diárias de casa, incluindo o acompanhamento mais próximo à criança, enquanto a mãe assume o dever de prover financeiramente a família.

Além dos papéis previamente estabelecidos pela sociedade, “o pai” e “a mãe”, enquanto heterossexualidade, o documentário aborda a existência de famílias que não possuem esse núcleo padrão, como no caso de casais homossexuais. Embora a união estável homoafetiva é possível há mais de 10 anos percebe-se uma resistência da aceitação de famílias homoafetivas por meio daqueles mais conservadores, um exemplo claro disso é o estatuto da família criado em 2013 onde define família como a união entre homem e mulher, excluindo assim as uniões homossexuais do conceito de família (POMBO, 2019). Diante disso, faz-se necessário políticas públicas que englobam todas as famílias sem preconceitos ou discriminação em contramão do conservadorismo crescente no atual cenário político do país.

A partir do documentário, demonstra-se o quanto a presença dos pais no cotidiano das crianças pode influenciar em seu desenvolvimento físico, emocional e social. Além disso, a obra traz uma construção de como as relações de afeto, de brincadeiras, de família e de contato com outras crianças são de extrema importância para o desenvolvimento infantil e identifica as crianças como cientistas natas na arte de observar e executar suas premissas científicas sem se importar com seus erros, pois é a partir deles que firmam os seus aprendizados. Ao apresentar as crianças como “pequenos cientistas”, dispostos a aprender pelo método de “tentativa e erro” remete ao princípio da pedagogia de Paulo Freire de que as crianças são agentes ativas do seu aprendizado (FREIRE, 1981). Por isso, aprendem através das suas experiências e da sua interação com o mundo.

A ambientalização do lar e a forma como os pais se comunicam com os filhos são pincelados pelo documentário, especialmente, quando apontado o poder da escuta na comunicação. Portanto, é consenso na comunidade científica, a importância desde um nascimento respeitoso a uma primeira

infância em que os direitos básicos de vida são atendidos, bem como a relevância de um modelo de criação e educação pautada no diálogo, respeito e carinho. No Estatuto da Criança e Adolescente Art. 4º os pais e comunidade devem assegurar direitos quanto à qualidade de vida como: à cultura, lazer, educação, esporte, dignidade, respeito e a liberdade (BRASIL, 1990).

O cuidado prestado à criança não deve se deter apenas ao material como alimentação, higiene, mas com a presença dos familiares em seu cotidiano ofertando conforto, aconchego e atenção respeitando o espaço um do outro (KRAMER; NUNES; PENA, 2020) Um bom relacionamento entre os pais possibilita um desenvolvimento infantil, no entanto problemas conjugais podem ocasionar fatores de risco para uma criança que vive em um ambiente hostil (FANTINATO; CIA, 2015).

Nesse cenário, o documentário afirma que o desenvolvimento das crianças, especialmente no âmbito social, sofre influência da renda familiar e do nível de instrução da família, como é exemplificado através da comparação entre a quantidade de palavras que uma criança com pais "bem estruturados" pode aprender com a de pais não tão favorecidos econômico e socialmente. Nesse aspecto, a literatura revela-se conivente ao apontado pelo documentário, especialmente, no que concerne à afirmativa de que o contexto social em que a criança está inserida pode apresentar potenciais riscos para o desenvolvimento infantil, sendo importante considerar todos os fatores que podem interferir neste processo (VYGOSTKY, 2013).

Ainda, em interpretação ao documentário, vê-se que famílias bem estruturadas, em situação socioeconômica favorável possuem maiores chances de entregar para as crianças uma vida e educação digna, com acesso a todos os seus direitos plenos, além de recursos que garantem o desenvolvimento infantil de qualidade, em contrapartida o documentário também mostra que a realidade contrária, da família em situação de vulnerabilidade social em que a criança e, por vezes, o adolescente, ficam expostos a situações de violência que inviabiliza o desenvolvimento pleno infanto-juvenil (DELGADO *et al,* 2020; MOREIRA *et al*., 2022).

São fatores da violência intrafamiliar e a baixa renda, baixa escolaridade dos pais, a idade da vítima, além disso o gênero onde as mulheres são as que têm maior prevalência (ANTUNES; MACHADO; MALTA, 2020). No entanto, o fator financeiro não é um fator que garante as crianças um desenvolvimento pleno, tendo em vista que os casos de violência em classe social alta são facilmente encobertos (PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

A desigualdade social atinge a maioria das crianças e adolescentes no Brasil, privando-os de seus direitos e expondo a riscos. Pois ao serem excluídos das políticas públicas tornam-se possíveis vítimas de algum tipo de violência seja ela física, mental ou negligência (UNICEF, 2018).

Nesse sentido, torna-se necessária a existência de programas sociais que busquem garantir as condições necessárias para que essas crianças expostas a pobreza extrema, violência doméstica, drogas e outros fatores sociais que determinam a sua saúde e de sua família e que possam ultrapassar

as barreiras impostas pela má distribuição de renda, levando ao baixo nível de escolaridade, condições precárias de moradia, alimentação e doenças (GREINERT, 2017; SILVA; REIS, 2022).

Ainda de acordo com o documentário, o momento da descoberta da gestação e a gestação em si, são fatores importantes na concepção da criança, visto que se forma uma rede de apoio e a criação do ambiente propício ao desenvolvimento do ser. Isso remete-se a um provérbio africano que diz "é necessário uma vila inteira para se educar uma criança", isto é, aponta-se às responsabilidades para além do "ser pai" e/ou "ser mãe" e da importância de que haja uma rede de apoio estabelecida a fim de auxiliar e criar meios para suporte em família com amor e educação. Para isso, todos os adultos envolvidos no cotidiano da criança são importantes para o desenvolvimento e os primeiros anos de vida de uma criança (BRUM; SCHERMANN, 2004; BERLIN; CASSIDY; APPLEYARD, 2008).

Com isso, o documentário evidencia que a criação de crianças com pais presentes e participativos possui uma enorme importância para as futuras relações e futuros filhos. Experiências de países como a Dinamarca, no que diz respeito à licença maternidade e paternidade, por exemplo, pontua as contribuições positivas do vínculo nos primeiros anos de vida. Nesse intuito, a construção da paternidade, portanto, deve ser algo a ser construído para a formação de vínculo, caráter e afetividade.

Percebe-se nas pesquisas mais recentes em países como Canadá, Estados Unidos, Cingapura, países europeus bem como países de baixa e média renda como países da África, Ásia, américa do Sul e central. apontam que as taxas de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade estão muito baixas e que o primeiro mês de vida é o que apresenta maior descontinuidade do aleitamento materno, as taxas variam entre apenas 17%, 35,6%, 38,2% não passando de 45% de mulheres conseguem continuar com a AME até os seis meses. Fato este que é preocupante tendo em vista que o leite materno melhora a sobrevivência infantil e protege as crianças contra uma gama de doenças, incluindo, diarreia e pneumonia, as quais são as causadoras de maior destaque de maior mortalidade infantil em menores de 5 anos (STOUGH *et al*., 2019; ROZA *et al*., 2019; NOTH *et al*., 2022; RICCI *et al*., 2023).

Reforça-se ainda que, a participação efetiva no aleitamento materno pela figura paterna na construção de positividade para o desenvolvimento infantil cognitivo considerando que, ao receber afeto, a criança fortalece sua autopercepção, confiança e autonomia. Além da figura materna, a figura paterna influencia consideravelmente nos resultados da amamentação. Evidencia-se a importância da inclusão do pai no aleitamento materno para a expansão do binômio mãe-bebê para mãe-pai-bebê com o intuito de impactar positivamente nas taxas de aleitamento materno, apoio, incentivo verbal, a sensibilidade do parceiro às necessidades da mãe bem como a assistência deste nas dificuldades da amamentação e auxílio nas atividades domésticas, sendo este um fator que pode influenciar a decisão de amamentar, bem como continuá-la (KOKSAL; ACIKGOZ; CAKIRLI, 2022; OGBO *et al*., 2020). Ainda, o documentário reflete sobre a figura da avó como "segunda mãe", diante do impacto

emocional e da inexperiência de adolescentes, em que revela também a sobrecarga do feminino e das mulheres na construção da vida das crianças.

Com base nas principais temáticas interpeladas pelo documentário, evidenciou-se a associação de condições de vida desfavoráveis relacionadas à ausência de saneamento básico, de segurança alimentar e nutricional, de situações de violência intrafamiliar, de baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, que são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, tanto infantil quanto na infância, mas de riscos ao pleno desenvolvimento destas crianças (BRASIL, 2018; DELGADO *et al*., 2020).

Os aspectos supracitados fomentam a reflexão de como as ações do Estado, através das políticas públicas de saúde, são essenciais para redução da vulnerabilidade social nas quais as crianças estão expostas desde o nascimento. Portanto, a opinião de especialistas soma ao apontado pela literatura (MUNHOZ *et al*., 2022), visto que, conhecer as relações entre as características socioeconômicas, familiares e da criança associados ao desenvolvimento infantil, de populações participantes de programas de políticas públicas, poderá auxiliar os gestores na identificação de fatores de risco e de proteção para subsidiar as intervenções.

São as políticas públicas de saúde fundamentais para garantia dos direitos da criança e adolescente, além disso promover a assistência social por meio de um trabalho realizado nas instâncias municipais, estaduais e federal. Esse papel pode ser desenvolvido por meio do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) (ROCHA *et al.,* 2018).

No entanto percebe-se pouco interesse por parte das autoridades políticas, pois embora fala-se bastante sobre defender as crianças e adolescentes do país, não apresentam nenhuma resolutividade por meios de programas e políticas públicas evidenciados pela falta de metas a serem atingidas para assegurar os direitos que estão no ECA (RODRIGUES, 2021).

Em suma, apesar de o documentário possuir uma continuação (parte 2), a primeira versão presta um papel educacional com um apelo emocional a fim de atrair públicos diversos, entretanto, a contribuição social que presta, constitui uma relevância nacional e internacional no que tange aos aspectos que influenciam o desenvolvimento para assim, traduzir reflexões importantes acerca dos cuidados e direitos da criança.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. T.; MACHADO, Í. E.; MALTA, D. C. **Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, 2020.

BERLIN, Lisa J.; CASSIDY, Jude; APPLEYARD, Karen. **The influence of early attachments on other relationships**. 2008.

BRUM, Evanisa Helena Maio de; SCHERMANN, Lígia. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

BERTOLLO, I. M.; SILVA, G. T. F. **O estudo do desenvolvimento psicomotor e suas contribuições para a estimulação das habilidades cognitivas infantis**. Caderno Intersaberes, v. 10, n. 29, p. 196-209, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da república federativa do brasil**. Brasília, DF: Senado Federal,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BERTOLLO, I. M.; SILVA, G. T. F. **O estudo do desenvolvimento psicomotor e suas contribuições para a estimulação das habilidades cognitivas infantis**. Caderno Intersaberes, v. 10, n. 29, p. 196-209, 2021

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** [S.l.], 2008.

DELGADO *et al*. **Desenvolvimento infantil e vulnerabilidade social**. Fisioter Pesqui. 2020;27(1):48-56.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FANTINATO, A. C.; CIA, F. **Habilidades Sociais Educativas, Relacionamento Conjugal e Comportamento Infantil na Visão Paterna: Um Estudo Correlacional.** Psico, v. 46, n. 1, p. 120, 17 mar. 2015.

GREINERT, B. R. M. **Ambiente familiar, comportamento e qualidade de vida em crianças vítimas de violência doméstica atendidas pelo CREAS.** Tese de Doutorado. Centro Universitário de Maringá. 2017.

KOKSAL, Ilfan; ACIKGOZ, Ayfer; CAKIRLI, Merve. The Effect of a Father's Support on Breastfeeding: A Systematic Review. **Breastfeeding Medicine**, v. 17, n. 9, p. 711-722, 2022.

KRAMER, S.; NUNES, M. F. R.; PENA, A**. Crianças, ética do cuidado e direitos: a propósito do Estatuto da Criança e do Adolescente. Educação e Pesquisa**, v. 46, 2020.

MUNHOZ, T. N. *et al*. **Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz.** Cadernos de Saúde Pública, v. 38, 2022.

MOREIRA, William Caracas *et al*. Analysis of cases of sexual violence in school adolescents. **Enfermería Global**, v. 21, n. 3, p. 284-300, 2022.

NORTH, Krysten *et al*. Breastfeeding in a global context: epidemiology, impact, and future directions. **Clinical Therapeutics**, v. 44, n. 2, p. 228-244, 2022.

OGBO, F. A. *et al*. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 2, p. 413, 2020.

PINTO JÚNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. DOS. **Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro. Brasil**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 2, p. 124–131, jun. 2015.

POMBO, M. F. **Família, filiação, parentalidade: novos arranjos, novas questões.** Psicologia USP, v. 30, 2019.

RICCI, C. *et al*. Rates of and factors associated with exclusive and any breastfeeding at six months in Canada: an analysis of population-based cross-sectional data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2023.

ROCHA, G. F.; ALBERTO, M. de F. P.; LEITE, L. L.; ALMEIDA, H. D.; DA SILVA, S. S. G. T. **ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL PELA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.** Planejamento e Políticas Públicas. n. 51, 2021. Disponível em: //www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/841. Acesso em: 12 abr. 2023.

RODRIGUES, E. Os 30 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente e os horizontes possíveis a partir da Justiça Restaurativa: influxos abolicionistas em tempos de expansão punitiva a partir da extensão acadêmica. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, p. 642–686, jan. 2021.

ROZA, J. G. *et al*. Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. **Midwifery**, v. 79, p. 102532, 2019.

SILVA, L. S.; REIS, N. M. **Vulnerabilidade social, convívio familiar e os impactos psicológicos na primeira infância sob um olhar profissional multidisciplinar.** Trabalho de Conclusão de Curso (PSICOLOGIA). Centro Universitário FAEMA. 2022.

STOUGH, C. O. *et al*. Predictors of exclusive breastfeeding for 6 months in a national sample of US children. **American Journal of Health Promotion**, v. 33, n. 1, p. 48-56, 2019.

UNICEF *et al*. **The State of Food Security and Nutrition in the World** (SOFI) Report-2022. 2022.

UNICEF *et al*. **Proteção.** Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/protecao>. Acesso em: 12 abr. 2023.

Vygotsky, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes. 2013.

XIONG, Xianfang; DENG, Lanfang; LI, Hongyi. Is winning at the start important: Early childhood family cognitive stimulation and child development. **Children and Youth Services Review**, v. 118, p. 105431, 2020.

WALKER, Susan P. *et al*. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. **The lancet**, v. 369, n. 9556, p. 145-157, 2007.

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323056

ISBN: 978-65-258-1465-0

"To err is human": uma análise reflexiva

Milena Leite Veloso
Lara Karine Lima Sousa
Erika de Almeida Servulo
Gersilane Lima Leal
Mariana Ribeiro Silva
Isadora Duarte Bezerra Pereira
Ylana Nunes de Oliveira Vasconcelos
Lara Rodrigues Lira
Larissa Rodrigues Lira
Myllena Maria Tomaz Caracas
William Caracas Moreira
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Assista ao documentário "To err is human"

Ano 2023

CAPÍTULO 6

"TO ERR IS HUMAN": UMA ANÁLISE REFLEXIVA

Data de aceite: 16/04/2023

Milena Leite Veloso
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-1455-7988; http://lattes.cnpq.br/9174537943610630.

Lara Karine Lima Sousa
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-8176-7817; http://lattes.cnpq.br/9411077299648638.

Erika de Almeida Servulo
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0009-0001-8616-1459; https://lattes.cnpq.br/0727070669920230.

Gersilane Lima Leal
Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-5272-1860; http://lattes.cnpq.br/6042284483694859.

Mariana Ribeiro Silva
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-1455-7988; http://lattes.cnpq.br/9174537943610630.

Isadora Duarte Bezerra Pereira
Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-5706-2320; http://lattes.cnpq.br/4805188488581640.

Ylana Nunes de Oliveira Vasconcelos
Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0009-0009-8867-6278; https://lattes.cnpq.br/1385365547454354.

Lara Rodrigues Lira
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-3786-5422; http://lattes.cnpq.br/9562361398801579.

Larissa Rodrigues Lira
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-7037-6319; http://lattes.cnpq.br/5770559189982111.

Myllena Maria Tomaz Caracas
Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-0997-3904; http://lattes.cnpq.br/0892360704568736.

William Caracas Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445; http://lattes.cnpq.br/6189180127237713.

Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7744-6030; http://lattes.cnpq.br/6018178640473155.

Observou-se o documentário intitulado "*To Err Is Human*" (Errar é humano), disponível por meio de assinatura nos seguintes *streamings: Amazon Prime* Video, *Internet Movie Database* (IMDb), Interfilmes, *Microsoft* e *Apple* TV. Entretanto, sem legendas e/ou áudio em português. Os produtores responsáveis foram Mike Eisenberg, Kailey Brackett, Matthew Downe no estúdio Gravity Ventures, sendo lançado em 2018 com duração de 77 minutos que aborda factualmente aspectos relacionados à segurança do paciente. Portanto, a presente escrita, trata-se de uma resenha crítica/reflexiva que promove um diálogo entre a literatura científica e o documentário em questão.

O documentário revela através de gráficos narrativos, números elevados de mortes decorrentes do erro humano, sendo a terceira maior causa de morte, atrás apenas do câncer e das doenças cardíacas. Ao analisar as experiências não fatais, mas que geraram consequências permanentes, esses números são ainda maiores. Isso é considerado um problema de saúde urgente e passível de solução, mas para isso é preciso investigar as causas.

Nesse sentido, um dos entrevistados aborda a Teoria do "queijo suíço", proposta por James Reason, que busca padronizar a análise de eventos adversos que envolvem a segurança do paciente. O modelo estabelece uma analogia entre as vulnerabilidades do sistema de saúde e os buracos das fatias de queijo suíço. Segundo a teoria, cada fatia corresponde a uma barreira protetora, e conforme os buracos se alinham, ou seja, à medida que as falhas se acumulam através do rompimento de tais proteções, podem culminar no erro (GOMES *et al*., 2016).

Essas aberturas nas defesas podem ser ocasionadas por falhas ativas e latentes, sendo sua junção responsável majoritária na ocorrência de eventos adversos. As falhas ativas podem ser compreendidas na perspectiva pessoal, pois relacionam-se aos atos cometidos pelos profissionais que estão em contato direto com o paciente (REASON, 2000).

Nesse caso, o enredo do documentário destaca erros decorrentes de falhas dos profissionais. O destaque principal foi a ocorrência de dois erros diagnósticos que afetaram uma mesma família. O primeiro, há demora no diagnóstico de icterícia neonatal, sendo solicitado exame de dosagem de bilirrubina apenas no quinto dia de vida, quando já era muito tarde para tratar de forma adequada, o que resulta em danos cerebrais irreversíveis para o paciente. E o segundo caso, ocorreu com o pai, que veio a óbito em decorrência de câncer, que apesar de ter apontado em seus exames a presença de uma neoplasia maligna, os médicos não notaram essa informação. O paciente foi submetido a uma cirurgia para retirada do tumor tratado como benigno até então, quando realizada a consulta de

retorno foi descoberto que ele havia perdido seis meses de tratamento quimioterápico, que quando iniciado não obteve sucesso e poucas semanas depois o levou a óbito.

Diante disso, surge a primeira questão, intimamente relacionada ao modelo de análise bioética "principalista", introduzido por Beauchamp e Childress. Comumente utilizado na prática clínica na maioria dos países, propõe quatro princípios bioéticos fundamentais, a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ao analisar o documentário, entendeu-se que a falta de observância ao princípio da não-maleficência relaciona-se diretamente com a ocorrência comum de erros nos serviços de saúde. Beauchamp e Childress definiram a não-maleficência como "um princípio segundo o qual não devemos infringir mal ou dando a outros", sendo apenas um ponto de partida para entendermos que ações danosas devem ser evitadas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Portanto, ao considerar que a não-maleficência parte apenas de uma ótica pessoal, em que os erros são cometidos por falhas humanas, é preciso refletir acerca de outros pontos cruciais que contribuem para o acontecimento de erros e que, não obstante, influenciam a falha pessoal.

Em contrapartida, ao observar os erros sob a ótica das falhas latentes, é possível perceber que ao contrário das ativas, normalmente sua ocorrência pode ser identificada e corrigida antes de chegar ao evento adverso. Elas são consideradas "patógenos do sistema", estão incorporadas nos processos de trabalho, sendo acionadas pelas falhas ativas. Surgem em decorrência de decisões gerenciais de alto nível, de engenheiros e criadores de procedimentos, por exemplo, tomadas de forma equivocada (GOMES *et al*., 2016; REASON, 2000). Ainda, as falhas latentes geram dois tipos de efeitos adversos. No local de trabalho, induzindo ao erro por conta da falta de pessoal e carga horária de trabalho elevada. Como também ao criar brechas nas barreiras, por meio de procedimentos impraticáveis, deficiências de projeto e construção, entre outros (REASON, 2000).

O documentário não explora as condições latentes de forma mais detalhada, mas dá margem à temática. Alguns dos entrevistados sugerem medidas que possam contribuir para evitar que esse tipo de falha venha a ser acionada e cause danos aos pacientes, como realização de checklists e implementação de práticas efetivas para controle de lavagem das mãos, entre outros. Ainda, é feito um comparativo com a aviação, que atualmente é uma das indústrias mais seguras, graças a cultura de busca, discussão e prevenção ativa de erros. A sugestão foi a instalação de câmeras na sala operatória para que as imagens possam ser analisadas e os erros discutidos e corrigidos, atuando de forma semelhante a caixa preta dos aviões.

A segurança do paciente é um problema atual, tendo em vista que há uma discussão a nível mundial sobre esse tema. Relaciona-se com a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados à atenção em saúde. Assim, pode-se dizer ainda, que a segurança do paciente tem seu maior foco em reduzir os eventos adversos, os quais consistem em um incidente que

resultou em dano ao paciente, seja comprometimento de estrutura/função do corpo, lesão, sofrimento e até morte, trazendo dessa forma, graves consequências físicas, sociais ou psicológicas para o cliente (SOARES *et al*., 2019).

Dentro do serviço de saúde, cabe ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) desenvolver estratégias que promovam de forma contínua a melhoria dos processos de cuidado, através da propagação organizacional de uma Cultura de Segurança do Paciente (CSP), com monitoramento do bom funcionamento de práticas assistenciais adotadas, bem como o gerenciamento de riscos. Além disso, o documentário traz o engajamento dos pacientes e familiares como uma das formas de prevenção de eventos adversos, fazendo-se necessário que tanto o paciente, quanto o profissional e a instituição assumam responsabilidades em prol da segurança individual e coletiva, por meio de recursos, estrutura e responsabilização (BRASIL, 2013).

Para além da implementação de normas e protocolos, é necessário promover um ambiente onde os profissionais se sintam confiantes em reconhecer e notificar os erros. Como evidenciado por um médico no documentário, muitas vezes o normal do ser humano é tentar consertar o erro, mas não contar a ninguém. Porém, saber que os erros podem ser abordados positivamente com a equipe pode reduzir a percepção de vulnerabilidade dos profissionais (DUARTE *et al*., 2015).

Nesse sentido, pesquisas demonstraram que para enfermeiros e técnicos de enfermagem os erros não são intencionais e que muitas vezes os profissionais desconhecem que eles ocorreram, visto que o reconhecimento dos eventos adversos pode estar relacionado à cultura, crença e conhecimento dos profissionais acerca do problema, fazendo com que estes apresentem dificuldades em perceber o erro (DUARTE *et al*., 2015).

Além de afetar quantitativa e qualitativamente as instituições, os erros durante a assistência à saúde podem causar sérios danos aos profissionais e pacientes. Para os profissionais, muitas vezes os erros estão associados a sentimentos de vergonha, culpa e medo da repreensão e, diante da cultura punitiva existente, a eventualidade da omissão do erro, perdendo-se a chance de conhecê-lo e tratá-lo adequadamente, além do estresse emocional, dos preceitos éticos e das penalidades legais que estão envolvidas nesse contexto (DUARTE *et al*., 2018; SOUSA; SILVA, 2018).

Na perspectiva central do documentário de que errar é humano, compreender a ocorrência do erro poderá estimular o profissional a realizar a notificação de forma adequada, o que contribuirá para mudar o panorama atual de subnotificações, impacto negativo dos eventos adversos dentro da assistência à saúde, (DUARTE *et al*., 2018).

Para a clientela, a ocorrência dos eventos adversos causa danos a estes e podem aumentar o tempo de permanência, mortalidade e custo hospitalar, podendo representar um aumento nos gastos com as internações hospitalares em até 200,5%, além do tempo de internação ser em média, 28,3 dias a mais do que o esperado (DUARTE *et al*., 2015).

Sendo assim, do ponto de vista gerencial, é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os eventos adversos estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas, como os checklists que são citados no documentário com o objetivo de reduzir o número de falhas durante o processo do cuidado, além da utilização de diagnóstico diferencial e o uso de ferramentas tecnológicas de apoio (DUARTE *et al*., 2015).

O documentário afirma que erros médicos são evitáveis, onde os mesmos são emergência de saúde pública, uma fala afirma que "não há desculpas para não investir em coisas que ajudem a prevenir erros", e "errar é humano, mas o que fazer com tais erros?", partindo dessas afirmações discutidas ao longo do documentário e levando em consideração que algo precisa ser feito para a prevenção de tais mortes, surge a pergunta, "então o que fazer para prevenir erros médicos?". Tornam-se necessárias ações que evitem tais ocorrências. Na atualidade, encontram-se estratégias de qualidade, usadas para investigar os incidentes que acometem a segurança do paciente. Dentre elas, as chamadas análises prospectivas, onde são empregadas antes da ocorrência do evento adverso, tendo a finalidade de identificar prováveis falhas, e adotar ações corretivas que previnam o erro (BRASIL, 2017). A análise da causa raiz, é uma metodologia retrospectiva, utilizada após o acontecimento dos incidentes, objetivando identificar as causas dos acidentes e/ou incidentes e sugerir técnicas para que estes não se repitam (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Refere-se a uma metodologia sistemática de reconstrução de uma sequência lógica de fatores que contribuem para o acontecimento do incidente (BRASIL, 2017). No decorrer do processo, pergunta-se o "porquê" até que as causas básicas sejam explanadas (WHO, 2010). Dessa maneira, as causas raízes são determinadas como as causas precursoras, que podem ser apontadas para conduzir as ações para impedir os incidentes, e também proporcionar efetivas sugestões para precaver a recorrência destes (WHO, 2010).

Outra estratégia bastante eficaz, é o protocolo Londres, estratégia essa que consiste em uma averiguação sistemática, para metodizar as etapas, aperfeiçoar a qualidade da coleta dos dados, e contribuir na reflexão de todas as proporções dos Fatores Contribuintes, recordando os pontos mais significativos dos fatores humanos. Para que ocorra tal análise, é imprescindível que ocorra uma concepção muito mais ampla da causa que levou ao incidente, com menos enfoque no indivíduo, que comete o erro, e mais em aspectos organizacionais preexistentes que oferecem a condições e até influenciam o episódio do erro (REASON *et al*., 1995; REASON *et al*., 2003; REASON, 2003).

No tocante, outro aspecto que envolve estratégia de enfrentamento do erro no setor saúde, é a Análise do Modo e Efeito da Falha que segundo Silva; Teixeira; Cassiani (2008) tem como objetivo diminuir as chances de vir a acontecer de eventos adversos (EA) e a possibilidade de futuros danos aos pacientes, por intermédio da identificação de condições de risco, definição dos efeitos

resultante de possível erro ocorrido, assim como das indicações de medidas corretivas essenciais para prevenção e eliminação de falhas. Por fim, o documentário diz que “mortes são evitáveis se os profissionais se empenharem”, sendo assim, tais estratégias, se seguidas e colocadas em prática, podem sim trazer resultados benéficos. Desempenhadas não só pelos profissionais, mas também por toda a instituição, prevenir erros médicos é um trabalho conjunto que demanda esforço, paciência e agilidade.

De maneira concisa, é notório a grande relevância do documentário discorrido, visto que as informações nele exibidas, por se tratar de fatos reais que acontecem diariamente, chamam a atenção das pessoas quanto ao assunto do século “A segurança do Paciente”. Contudo, cabe ressaltar as dificuldades quanto à inexistência de legendas em português, o que limita o conhecimento que seria importante ser difundido no Brasil.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, p. 45, 2002.

BRASIL, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.Brasília: Anvisa,2017.

BRASIL, Resolução n°36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

DUARTE, S. C. M. *et al*. Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva**. Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bHBtxsXZJbrWSkBhdnKmtWQ/? format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 mar. 2023.

DUARTE, S. C. M. *et al*. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 mar. 2023.

GOMES, A. T. L. *et al*. Erro Humano e Cultura de Segurança à Luz da Teoria “Queijo Suíço”: Análise Reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, 10(Supl. 4):3646-52, set., 2016.

REASON, J. **A Life in Error:** From Little Slips to Big Disasters. **ASHGATE**, 2003.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**. 320(7237):768-70, Mar, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

REASON, J. T. Understanding adverse events: human factors. In: Vincent CA, ed. Clinical risk management. London: **BMJ**, 1995:3154.

REASON, J. T. Understanding adverse events: human factors. In: Vincent CA, ed. Clinical risk management. London: **BMJ Publications**, 1995:3154.

RUNCIMAN, W. *et al*. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care** (2009) 21 (1): 18-26.

SILVA, A. E. B. C. *et al*. Ferramentas utilizadas para gestão de riscos: análise do modo e efeitos da falha e análise de causa raiz. **In: Feldman LB**. Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo: Martinari; 2008, vol 1, p. 309-24.

SOARES, E. A. *et al*. Cultura de segurança do paciente e a prática de notificação de eventos adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Vol. Sup. 36, e1657, 2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1657/993. Acesso em: 24 mar. 2023.

SOUZA, A. G. F.; SILVA, T. F. B. X. O impacto na segurança do paciente nos casos de erro de dose em prescrição médica**. Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 11, p. 245-264, 2018. Disponível em: https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/961. Acesso em: 24 mar. 2023.

WHO, World Health Organization. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Disponível em: http: www.who.int/ entity/patientsafety/taxonomy/ icps_full_report.pdf. Acesso em: 24 mar. 2023.

DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323057

ISBN: 978-65-258-1465-0

O renascimento do parto:
uma análise à luz das políticas de saúde

Bianca da Silva Barbosa
Ana Carollyne Sales Falcão
Germana Paz Lima
Iara Mendes de Medeiros
Julia de Almeida Luna
Millany Gomes Alexandre
Patrick Kelton Sousa Silva
Táscia Liriel Bezerra Alves
Roger Rodrigues da Silva
Mônica Oliveira Batista Oriá

Ano 2023

CAPÍTULO 7

O RENASCIMENTO DO PARTO: UMA ANÁLISE À LUZ DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Data de aceite: 16/04/2023

Bianca da Silva Barbosa
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0009-0005-8256-6773; http://lattes.cnpq.br/8719936091040601.

Ana Carollyne Sales Falcão
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-3680-3318; http://lattes.cnpq.br/4520936940814421.

Germana Paz Lima
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-6856-3614; https://lattes.cnpq.br/6952299537226021.

Iara Mendes de Medeiros
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0009-0004-8343-7159; https://lattes.cnpq.br/2662173995170329

Julia de Almeida Luna
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0009-0001-5335-5126; https://lattes.cnpq.br/8136719526937553.

Millany Gomes Alexandre
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0009-0004-9509-2629; https://lattes.cnpq.br/1945637029834562.

Patrick Kelton Sousa Silva
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0009-0001-3665-8950; http://lattes.cnpq.br/0316421027579566

Táscia Liriel Bezerra Alves
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0009-0006-6507-2533; https://lattes.cnpq.br/6757645214732236

Roger Rodrigues da Silva
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0000-0003-0750-3981; http://lattes.cnpq.br/9656369725630852.

Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-1483-6656; http://lattes.cnpq.br/5593804766584817.

A obra intitulada "O renascimento do parto" consiste em uma trilogia documental que visa apresentar temas referentes ao parto, nascimento, empoderamento feminino, saúde do binômio mãe-bebê em um contexto sociocultural-político-econômico. Tais produções estão disponíveis na plataforma de streaming Netflix®, acessada por meio de uma assinatura mensal.

Os documentários possuem uma ordem sequencial e linear no tempo produzidos entre os anos de 2013 e 2018 com duração total aproximada de 253 minutos. Dirigido por Eduardo Chauvet, e com produção e roteiro da psicóloga e doula Érica de Paula. O documentário tem como proposta dar visibilidade para temáticas desconhecidas por grande parte da população, como a violência obstétrica e a humanização do cuidado. O primeiro filme lançado em 2013 e as duas produções posteriores estreadas em 2018, trazem relatos e evidências da problemática que, mesmo após 5 anos, seguiram sendo relevantes e de extremo impacto a curto e longo prazos na vida de diversas mulheres brasileiras.

A primeira obra apresenta ao público como o ato de parir foi desconstruído ao longo dos anos, principalmente durante a era industrial contemporânea. O que era um evento fisiológico e natural, realizado pelo corpo feminino com o apoio de uma parteira no conforto do lar, tornou-se um procedimento hospitalocêntrico, em ambientes mecanizados, com data e horários marcados, conduzido não mais pela mãe e seu bebê, mas por um profissional médico, detentor do conhecimento científico e poder de decisão sobre o corpo feminino. Toda essa exposição é endossada por profissionais da área como doulas, enfermeiras obstétricas, obstetrizes e médicos obstetras, validando estes fatos mediante seu conhecimento e experiência na área.

Durante a história, as mulheres davam à luz a seus filhos em casa, com o auxílio das parteiras e de outras mulheres, além do olhar das pessoas de sua rede de apoio que estavam presentes proporcionando apoio. Outrossim, elas faziam isto da maneira mais confortável autonomamente, seja em pé, deitadas, de cócoras ou na posição de quatro apoios, isto é, tinham liberdade e poder de escolha neste momento. O parto centrado na mulher traduz-se justamente nessa autonomia que ela deveria desempenhar enquanto protagonista do momento em conjunto com o seu bebê, acompanhante e equipe de saúde e, por isso, deve ter direito a escolha para tornar o parto mais confortável e prazeroso.

Com a evolução dos estudos médicos e a inserção do homem na sala de parto esse cenário muda drasticamente. A gestante agora passa a parir deitada e não mais por meios naturais, são submetidas a intervenções, muitas das vezes desnecessárias, como o uso da ocitocina sintética e da episiotomia. Assim, torna-se evidente que o método biologicista estimulou que as mudanças ocorridas estivessem relacionadas apenas à melhor atuação das práticas de logística profissional, seja proporcionando uma melhor adequação em sua agenda ou somente por rotina, e, assim, desconsiderando quaisquer possibilidades de proporcionar um parto exitoso e positivo sob a perspectiva da mulher no âmbito institucional. Destarte, é notória a mudança no cenário obstétrico com o aumento indiscriminado da ocorrência de partos cesarianos. Ressalta-se que, quando adequadamente indicada, a cesariana

é extremamente importante para evitar a morte materna e/ou fetal. Porém, não deve ser a primeira opção para mulheres saudáveis, com gestações de baixo risco, as quais constituem a maioria das grávidas.

Comparando com as políticas públicas da época, em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), com o objetivo de atender às demandas relativas à gestação e ao nascimento. Todavia, tal programa esquecia da mulher como protagonista do parto do próprio filho, reduzindo-a a um objeto de reprodução. Com a clara visão de um programa puramente normativo e prescritivo, houve uma reivindicação de novas políticas que proporcionassem atendimento integral à saúde da mulher, especialmente no período gravídico, considerando as particularidades da população. Só então, no contexto de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1983, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que busca ouvir e atender às suas necessidades em todos os ciclos da vida, pioneiro no esforço pelo retorno do protagonismo da mulher (SANTOS; ARAUJO, 2016).

A busca pela humanização obstétrica não é algo recente, data de 2000 a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem como propósito retomar o caráter fisiológico e natural do parto, no qual a mulher e o bebê são os protagonistas e condutores de todo o processo de parir. Porém, como é exibido no documentário, tal realidade é restrita a poucas mães que conseguem ter suas necessidades ouvidas e escolhas respeitadas, ou, por assim dizer, minimamente consideradas para o plano de parto.

Na maioria dos casos retratados pela obra, as mulheres tiveram sua individualidade desrespeitada, não lhes era fornecido nem mesmo o básico como água, alimento e companhia, necessidades garantidas por lei (Lei Federal 11.108/2005) (BRASIL, 2005), e nem mesmo conhecimento sobre os procedimentos que estavam sendo realizados e o que estava sendo injetado em seu corpo, mostrando a dificuldade do Ministério da Saúde em garantir às mulheres, no momento do parto e nascimento, segurança e dignidade.

A obra utilizou relatos de profissionais e de mulheres que passaram por violência obstétrica como meio de validar sua argumentação quanto ao real conceito deste tipo de hostilidade. O espectador pôde entender que esta agressão está para além do físico e do verbal, abrangendo ainda, ações que são consideradas comuns para a população, como a indução de um parto cesariano desnecessariamente. A ideia de que o médico conhece o corpo da mulher melhor do que ela mesma levou a criação de um endeusamento da figura do profissional, invalidando a imagem da mulher, seu protagonismo e empoderamento, tornando-a uma paciente passiva em uma sala de parto, com sua autoestima e autonomia prejudicadas.

Nesse contexto, percebe-se que o documentário alertou os espectadores para um grande problema: as mulheres carecem de informações sobre parto humanizado e seus direitos acerca desse

tema. Tal realidade as tornam vulneráveis a manipulação pelos mitos e pessoas que consideram o nascimento apenas como um ato intervencionista e não um evento fisiológico.

É ressaltado que as grávidas precisam ter conhecimento para que tenham autonomia. Afinal, o que é autonomia? Além de poder tomar as próprias decisões, é necessário ter conhecimento sobre o que é o parto e todos os direitos que lhe são garantidos pelo Estado para que as escolhas sejam feitas de forma plenamente ética e, então, possam estar agregadas às decisões clínicas adequadas e ao plano de parto da mulher.

Uma cena de forte impacto é apresentada na segunda obra. Mulheres em forma de protesto apresentam cartazes com argumentos como "baixa estatura", "circular de cordão", "idade precoce" e até mesmo "Flamengo versus Fluminense", são alguns dos motivos direcionados às mulheres para justificar a prática de procedimentos contraindicados que são desestimulados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

É posto como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do Estado, tendo em vista os riscos aos quais as parturientes estão expostas no momento da cesariana, como hemorragias e infecções.

De modo geral, denuncia-se a violência obstétrica e dá visibilidade ao parto humanizado. Porém, é notória a intenção dos roteiristas em trazer mais impacto para os documentários. Os depoimentos sobre as violências sofridas são ainda mais explícitos na segunda obra, acompanhados de imagens fortes e reais de agressões físicas e verbais, além do desrespeito com as parturientes e seus familiares.

Ademais, esta parte do documentário, em comparação com o primeiro, apresenta pessoas de diferentes classes sociais, que fazem uso pleno do SUS, provendo ao espectador a oportunidade de reflexão ao comparar os diferentes tipos de violência sofridos pelas mulheres e ainda as divergências quando observada as disparidades entre as classes sociais e étnicas.

Quando se avalia pelo prisma da variação de classe das depoentes nota-se que considerável parte da violência às mulheres brancas de classes sociais elevadas foi relacionada ao desrespeito às suas necessidades e a invalidação das suas opiniões, sonhos e desejos quanto ao parto e ao seu próprio corpo. Já as mulheres de classes sociais mais baixas, além de passarem igualmente por essa desvalorização, ainda são agredidas verbal e fisicamente. Sobre elas recaem as violências que são tidas como normais, tais como a episiotomia, o conhecido "ponto do marido" (que consiste em uma sutura realizada muitas vezes, sem o conhecimento e consentimento da mulher para "apertar" a vagina supostamente alargada pelo parto) e a manobra de Kristeller (técnica de pressionar a parte superior do útero para forçar a saída do bebê), técnica comprovadamente ineficiente e também os

riscos aos quais a parturiente e o bebê estão expostos, como as fraturas de costelas e clavícula que podem acontecer em mãe e bebê respectivamente (WHO, 1985).

Deve-se mencionar que algumas mulheres optam pelo parto cirúrgico, na maioria das vezes, por um sentimento de insegurança e incapacidade, emoções registradas nos discursos comuns na sociedade e influência midiática. Por exemplo, concluir que a mulher negra tem maior resistência à dor em comparação a uma mulher branca, ou que a mulher esguia não tem força e nem "passagem" para um parto vaginal.

Este fato ressalta que é primordial durante a assistência pré-natal a atuação do enfermeiro a fim de fornecer as informações necessárias e respostas às dúvidas da mulher. É possível dizer que o pré-natal seja a única forma de acesso à educação em saúde durante todo o processo gravídico, isso quando ele acontece, pois, sabe-se da significativa evasão de mulheres que não realizam a primeira consulta de pré-natal até a 12ª semana de gestação.

A obra retrata também sobre a necessidade de retroceder e comunica que isso não é algo negativo, tendo em vista a história do parto e a existência das parteiras, e elucida que a melhor atitude a ser tomada era, justamente, a delas, isto é, apenas dar assistência e estar ao lado naquele momento. E é isso que a palavra obstare, termo que dá origem a palavra obstetrícia, significa.

Dessa forma é importante que os profissionais entendam o seu papel neste cenário, saibam cuidar sem intervir quando desnecessário. Isto, por muitas vezes, torna-se cotidiano, principalmente, quando se nota o grande aporte tecnológico ao qual a cirurgia da cesariana está envolvida e esquece-se que os humanos são mamíferos que gestam e por consequência o seu corpo tem anatomia e fisiologia necessárias para parir da maneira mais natural possível.

No entanto, a humanização parte do princípio do protagonismo feminino, do respeito a suas vontades, do respeito ao bebê e a sua hora de nascer, uma vez que humanizar não é somente deixar luzes baixas e usar aromatizadores ou música, mas sim ir contra um sistema que impõe a mulher ser somente uma coadjuvante, ser unicamente uma paciente passiva.

Na terceira obra com uma retomada e síntese dos assuntos já abordados anteriormente, traz a visão da sociedade, fomentada pela cultura, pela arte e imaginário de que o parto deve ser doloroso para a gestante, não podendo ser apreciado ou até prazeroso, como é explorado pela autora do filme "Orgasmic birth" (EUA), Debra Pascali-Bonaro, que pesquisa sobre "partos orgásmicos" e defende que é uma possibilidade para todas e não deve ser tido como uma problemática ou visto com estranheza. Para além do prazer, o parto deve ser um momento agradável, mesmo em meio as contrações, dores, medos, hormônios e questionamentos, em que a escolha, autonomia, segurança e conforto da parturiente devem ser respeitados, ouvidos e feitos.

Após a fundamentação adquirida por meio dos dois primeiros documentários é possível fazer um paralelo entre a primeira cena da terceira obra com o que deveria ser a realidade de um parto ideal.

A mãe apreensiva indaga, algumas vezes: “Filho, tá, tudo bem?” “Mas ele não está respirando.”, e a profissional responsável por aquele momento acalenta e responde a mãe imediatamente. Esse cenário vai de encontro ao que aconteceu com a Andréa, na primeira produção do documentário.

Ao abordar estas duas realidades distintas vividas por essas mulheres nota-se o impacto da prática da humanização, seus benefícios estão para além do biológico, mas abrangem principalmente o psicológico e o emocional dessas mulheres, uma vez que a comunicação ativa deve estar presente desde a chegada da gestante no hospital até a alta.

Embora os documentários tenham abordado a humanização do parto de forma crítica e explícita, há ainda alguns pontos dentro do tema que não receberam a devida atenção. Explorar a questão das diferenças culturais sobre gravidez e parto, visto que o Brasil é um país de proporções continentais, o que leva a diversidades heterogêneas em cada região. Seria interessante abordar como isso pode refletir nos atendimentos obstétricos oferecidos para mulheres de diferentes culturas e regiões, analisando se o serviço de saúde está incluindo os fatores de individualidade e preceitos culturais.

É notória a diferença social e racial que se vive atualmente, por isso é importante refletir sobre o impacto que isso gera no acesso à saúde pelas mulheres em regiões mais pobres, assim como a influência que os tipos de preconceito e racismo trazem para o atendimento de mulheres negras, pardas, indígenas e de outras minorias que sofrem discriminação frequentemente. Essa realidade afeta o atendimento que elas recebem? As consultas são feitas de forma atenciosa e respeitosa? Há casos de violência obstétrica? Essas mulheres sabem o que é parto humanizado? Todas essas perguntas são relevantes e podem endossar as discussões sobre a temática.

É importante frisar a relevância dessa série de documentários em relação à necessidade de proteger a mulher de uma sociedade que exige um resultado imediatista e padronizado e devolver a autonomia que foi corrompida com a inserção da atuação de profissionais que priorizam o lucro e agilidade e não colocam a saúde e autonomia da gestante como centro de um processo único como é o de dar à luz.

As obras aqui analisadas reforçam que, apesar dos esforços de diversas instituições e organizações, por meio de leis, portarias, recomendações e diretrizes, a assistência ao parto necessita de mudanças de base, alterações na formação dos profissionais da obstetrícia, visando um futuro em que as boas práticas no parto e a humanização desse momento sejam, de fato, colocadas em prática.

Em suma, percebeu-se a relevância da série de documentários em abordagem. Contudo, mesmo trazendo aspectos históricos acerca do desenvolvimento da saúde pública do país, requer uma leitura minuciosa da literatura a fim de promover a interpretação de cenários pouco explorados pelo documentário. Cabendo salientar que o entrelaçamento musical facilita a aproximação do expectador e estimula seu poder de criticidade sobre a temática. Além disso, torna-se importante dar seguimento

à obra apresentando contextos em que possamos ter ou não melhorado, evoluído, bem como os impactos que a pandemia COVID-19 trouxe para a assistência obstétrica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria Nº 569 de 1º de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/norma/570557/pub licacao/15722854.

SANDRALUZ, L-C.; MCKENNEY, K.; DI FLORIO, A. *et al*. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. **Breastfeed Med**, v. 12, n. 7, p. 436-442, 2017. Disponível em: 10.1089/bfm.2016.0213.

SANTOS, H. F. L.; ARAUJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Rev Cien FACMAIS**, v. 6, n. 2, p. 54-64, 2016. Disponível em: https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985. ISSN: 0140-6736 Disponível em: https://doi.org/ 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.

WILLIAM CARACAS MOREIRA - Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Especialista em Estomaterapia pela Universidade Estácio de Sá; Especialista em Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde pela Faculdade Unyleya; Integrante do Núcleo de Estudos em HIV/AIDS, Saúde e Sexualidade (NEHAS) vinculado ao CNPq/UFPB; Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPesC), na linha de saúde da criança e do adolescente, vinculado ao CNPq/UFPI; Integrante da Comissão de Colóquios (PPGENF/UFPB); Colaborador na Liga Acadêmica de Enfermagem Clínico-Cirúrgica (LAECC); Atuou como: Professor do curso técnico de enfermagem do Colégio 21 Educar; Enfermeiro assistencial em Enfermaria Clínica-Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA); Enfermeiro consultor na área de gestão em saúde pela L.A. Consultoria.

ANDREZZA RAYANA DA COSTA ALVES DELMIRO - Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Especialista em Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI); Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde pela Faculdade Holística (FaHol); Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPB). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), vinculado ao CNPq/UFPB; Pesquisadora na área de Enfermagem Pediátrica e Doenças Crônicas e Raras.

VIVIANE CORDEIRO DE QUEIROZ – Enfermeira pela FACENE/FAMENE-PB; Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), na Linha de Pesquisa Políticas e Práticas do cuidar em enfermagem e saúde. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG; Pós-graduanda em Auditoria de Serviços em Enfermagem pela DNA-Pós; Integrante do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOC), vinculado ao CNPq/UFPB; Pesquisadora na área de Enfermagem Obstétrica e Doenças Crônicas.

DILYANE JANUÁRIO CABRAL – Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE); Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB); Docente e preceptora do curso de graduação em enfermagem vinculado à disciplina de bloco cirúrgico e no nível técnico na área de clínica cirúrgica (2019-2022). Especialista em Centro cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela Faculdade Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão (FABEX); MBA em Gestão Hospitalar pela Faculdade Estratego; Integrante do grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba (GEOTB), vinculado ao CNPq/UFPB; Colaboradora do grupo de extensão "PELO FIM DA TUBERCULOSE: Uso das redes sociais para a formação, qualificação e desenvolvimento das ações de busca de sintomático respiratórios".

POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEBATE:

um olhar para a saúde

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2023

POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEBATE:

um olhar para a saúde

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2023